

ANAIIS PAULISTAS DE

MEDICINA E CIRURGIA

REVISTA MENSAL DE ATUALIZAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOLUME LXXVIII

N.º 5

Novembro de 1959

Neste número:

Trabalhos Originais:	Pág.
<i>Aspectos cirúrgicos da patologia do intestino delgado</i> — Dr. EURIKO BRANCO RIBEIRO	305
<i>Análise periódica contínuo</i> — Drs. JOÃO A. VILGAS e SAMUEL ROMANELLO	315
<i>Associação Médica de São Paulo:</i>	
Associação Paulista de Medicina:	
Dermatologia	331
Ginecologia e Obstetrícia	334
Hematologia e Hemoterapia	334
Otorrinolaringologia e Traumatologia	335
Patologia	335
Pediatria	335
Urologia	375
Sociedade Regional de Piracicaba	380
Sociedade Médica São Lucas	380
<i>Imprensa Médica de São Paulo:</i>	
Seminário dos Clínicos mineiros	384
<i>Vida Médica de São Paulo:</i>	
Prêmio Maternidade São Paulo	386
Conselho Nacional de Saúde	390
Curso para técnicos em fisioterapia e técnicas em terapia	390
A reabilitação na Amélia Estrela	392
<i>Congressos Médicos:</i>	
I Conferência Nacional Sobre Prevenção do Câncer Gastrointestinal	392
XVIII Curso Intensivo de Cardiologia	396
<i>Livros Médicos:</i>	
Livros recebidos	398
<i>Seleção do Sanatório São Lucas:</i>	
<i>Planoctômica</i> — Prof. CARLOS LOBAY e Dr. EURIKO BRANCO RIBEIRO	67
<i>Tumores do ovário</i> — Dr. WALTER MACIAGO	70

Redação:



SANATÓRIO SÃO LUCAS

Diag. Dr. EURIKO BRANCO RIBEIRO

Rua Piratitingá, 80 — Caixa Postal 1.574 — São Paulo, Brasil

MEPRO

Fórmula:

Meprobrato	0,400	g.
Vitamina B ₁	0,010	g.
Reserpina	0,0001	g.
Excipiente q. s. p.	0,500	g.

INDICAÇÕES

- Como relaxante muscular
- Agente tranquilizador
- Estados ansiosos e tensionais
- Alcoolismo
- Medicação sedativa.

MODO DE USAR:

2 a 4 comprimidos ao dia, ou como determinar o médico

(Venda sob prescrição médica)

Licenc. pelo S. N. F. M. sob N.º 841/37

Farm. M. F. LANGONI

GLUCOSSARA

Fórmula:

Vitamina C	0,500	g.
Vitamina B ₁	0,100	g.
Vitamina B ₆	0,050	g.
Glicocola	0,050	g.
Sol. glicosada a 30% q. s. p.	10,00	cm ³

INDICAÇÕES

- Medicação tônica
- Estados tóxicos ou tóxico infecciosos
- Hipovitaminoses
- Desnutrição
- Convalescença
- Afecções hepáticas

MODO DE USAR:

1 a 2 ampólas diariamente por via endovenosa,
ou segundo a indicação médica.

(Venda sob receita médica)

Licenc. pelo S. N. F. M. sob N.º 825/41

Farm. M. F. LANGONI

★

LABORATÓRIO PHARMA

MARCELLO MASSARA & CIA.

Rua Tabatinguera, 164 — São Paulo, Brasil

GLIPLEX

Para o tratamento das hipovitaminoses B e C.
Intoxicações. Convalescenças

F Ó M U L A

Cada ampóla de 10 cm³ contém:

Vitamina B ₁	0,030 g
Vitamina B ₂	0,0002 g
Vitamina B ₆	0,005 g
Vitamina C	0,300 g
Nicotinamida	0,0125 g
Soluto glicosado a 25% q.s.p. 10 cm ³	

(Licença no S. N. F. M. sob n.º 1.250/53)

Cada ampóla de 20 cm³ contém:

Vitamina B ₁	0,050 g
Vitamina B ₂	0,0005 g
Vitamina B ₆	0,010 g
Vitamina C	0,500 g
Nicotinamida	0,025 g
Soluto glicosado a 25% q.s.p. 20 cm ³	

(Licença no S. N. F. M. sob n.º 1.251/53)

SEDIN

Sedativo hipnótico, não barbitúrico, indicado nos
distúrbios do sono. Nas distonias neuro-vegetativas.
Nas ansiedades. Tensões e hiperexcitabilidade

— ISENTO DE AÇÃO TÓXICA —

Em forma de Xarope para Pediatria

Imida N-Ftalica do Ácido Glutâmico 15 mg

(Licença no S. N. F. M. sob n.º 177/59)

Em forma de comprimidos para uso de adultos

Imida N-Ftalica do Ácido Glutâmico 0,050 g

(Licença no S. N. F. M. sob n.º 178/59)

★

Produtos do

LABORATÓRIO AMERICANO DE FARMACOTERAPIA S. A.

Rua Coronel Lisboa, 263 — Fones: 70-6031 e 70-8994 (Rede interna)
São Paulo, Brasil

Afoga-se num copo de água



o hipodesenvolvido física e psiquicamente, por não se adaptar aos problemas que, dia a dia, a vida propõe. O mesmo pode ocorrer ao esgotado, ao deprimido, ao neuropsicastênico, ao esquizóide, ao que sofreu a involução senil. A todos Asten e

Dinistenile

**Sulfato Sódico de Deidroandrosterona (em forma hidrossolúvel)
com Dinitrila Succínica.**

faz, novamente, voltar as energias necessárias, a confiança, o equilíbrio e a capacidade de adaptação, mobilizando substâncias energéticas, atenuando os efeitos do "stress" e enriquecendo o patrimônio nucleoprotéico da célula nervosa.

1 a 2 ampolas por aplicação, via intramuscular ou endovenosa, até
3 ampolas ao dia.

Agora, também com



**ESGOTAMENTO
STRESS
DEPRESSÕES
NEUROPSICASTENIA
CENESTOPATIA
HIPOEVOLUTISMO
INADAPTAÇÃO SOCIAL
ESQUIZOIDISMO
INVOLUÇÃO SENIL**



**PRAVAZ-RECORDATI
LABORATÓRIOS S. A.**



ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Diretor: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 80 — Fone, 37-2515 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

★

Assinat. por 1 ano Cr\$ 500,00 — Estrang. US\$ 7,50 — Número avulso Cr\$ 50,00

(Nos trabalhos publicados é respeitada a redação dos autores)

VOL. LXXVIII

NOVEMBRO DE 1959

N.º 5

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA

Sessão em 11 de março de 1959

Presidente: *Dr. Benedito Mendes de Castro*

Ceratoacantoma gigante do dorso do nariz (*pseudo-epitelioma espino-celular*). Drs. Vinício de Arruda Zamith e A. James Brandi. — Os autores observaram uma mulher branca, com 40 anos de idade, que mostrava uma grande lesão tumoral sobre o dorso do nariz. Relatava a paciente que, há dois meses, após ferir levemente o nariz, deu-se o crescimento rápido de uma lesão vegetante que assumiu as proporções atuais, apesar do emprego de solução de nitrato de prata e de electrocoagulação. O *exame dermatológico* mostra uma grande lesão tumoral, de forma arredondada, implantada sobre o dorso do nariz. Mede cerca de 25 mm de diâmetro por 10 mm de altura. Suas bordas são abruptas e não têm infiltração. O centro é crateriforme e coberto por uma crosta aderente. Retirada esta, verifica-se que existe uma massa córnea friável e facilmente destacável com a pinça. O *exame histopatológico* mostrou, de modo geral, uma hiper-

plasia epitelial com intensa acantose e moderada hiperqueratose. Há penetração de brotos epiteliais no derma, irregulares e mais ou menos profundos, porém, com os caracteres nítidos dos cordões neoplásicos, mas decorrentes do próprio processo de acantose. Estes brotos, no derma, apresentam intensa disqueratose com parakeratose. Em algumas zonas, o corpo mucoso de Malpighi mostra ligeira atipia celular. Baseados nestes elementos clínicos e histopatológicos, os autores estabeleceram o diagnóstico de *ceratoacantoma gigante*. *Evolução*: Iniciamos o tratamento com dois curativos semanais de solução oleosa de podofilina a 25%, após limpeza e curetagem. Depois de duas semanas passamos a aplicar podofilina em dias alternados. Em princípios de janeiro, isto é, 40 dias depois, a lesão tumoral havia regredido totalmente, dando lugar a extensa ulceração, com ligeiro bordelete. Suspendemos a podofilina, passando a usar somente curativos com

pomada antibiótica e 8 frascos de penicilina. Cêrca de 30 dias depois a paciente estava completamente curada, tendo recebido alta.

Argiria cutânea (apresentação de um caso). Drs. Sebastião A. P. Sampaio e Lício Marques de Assis. — Os autores apresentam o caso de paciente, branco, de 40 anos de idade, propagandista de produtos farmacêuticos, que, há 1 ano e meio, notara uma coloração escura da pele, que progressivamente se acentuara. Procurou na ocasião um clínico geral que, após alguns exames, o encaminhou a um endocrinologista. Na hipótese do diagnóstico de moléstia de Addison, fez todos os testes, entre eles o de Thorn, RPK, 17-cetosteróides, que foram completamente normais. Procurou posteriormente um cardiologista, tendo feito radiografias, planigrafia e electrocardiograma, todos completamente normais, visto que tinha sido formulada a hipótese de cianose, de causa a apurar. Quando foi visto por um de nós, apresentava cor cinzenta, atingindo particularmente as áreas descobertas. Notava-se também a coloração cinzenta das unhas. O diagnóstico clínico foi confirmado pela história do doente e pelo exame histopatológico. Este revelou os grânulos de prata depositados no derma, particularmente em redor das glândulas sudoríparas. Em campo escuro brilhavam intensamente. Na história, referiu o paciente a ingestão, por 8 anos, de um produto para perturbações intestinais, de venda popular do seu laboratório, que continha prata coloidal. O caso assim ficou perfeitamente definido. Os autores tecem considerações sobre a argiria cutânea, quadro de observação ocasional no passado, atualmente extremamente raro, devido ao abandono da prata em terapia.

Caso pré-diagnose: celulite dissecante. Dr. Sebastião A. P. Sampaio. — O autor apresenta um caso visto na Clínica Dermatológica do Hospital das Clínicas: paciente masculino, preto, brasileiro, com 29 anos de idade, que há 18 meses começou a apresentar nódulos no pescoço. Vários destes nódulos foram abertos cirurgicamente,

não tendo eliminado pus. Tomou simultaneamente penicilina e sulfas, sem resultado. Há 2 meses procurou o Hospital das Clínicas apresentando um processo de celulite atingindo o pescoço e prolongando-se pela região pré-esternal. Quadro clinicamente atípico, vários exames foram feitos. A biopsia revelou infiltrado sem característica de especificidade. A pesquisa de bacilos álcool-ácido-resistentes foi negativa no material retirado da lesão. Exame micológico (pesquisa direta e cultura) negativo. Reação à esporotriquina negativa. O exame bacterioscópico revelou cocos Gram-positivos e bacilos Gram-negativos. Cultura: *Paracolobactrum*.

A propósito deste caso o autor faz considerações. Não se trata de um flegmão, pelas características evolutivas. O quadro lembra a parifolliculitis capitis abscedens et sufficiens e, se o processo fosse limitado somente à porção superior, este seria o diagnóstico. O autor aponta uma forma intermediária para o caso, entre uma celulite flegmonosa e a foliculite dissecante, empregando o nome de celulite dissecante.

Caso pré-diagnose: dermatite seborréica? psoríase? Dr. Sebastião A. P. Sampaio. — O autor apresenta o caso de paciente masculino, 40 anos de idade, com lesão eritemato-escamosa em vespertílio na face, atingindo também a área entre as sobrancelhas e os cotovelos. Vários dermatologistas haviam sido consultados pelo paciente, todos formulando o diagnóstico de dermatite seborréica, exceto um, que diagnosticara psoríase. O quadro apresenta aspecto insólito: a lesão, com sua delimitação e tipo de escama, é sugestiva de psoríase, porém a localização abona a hipótese de dermatite seborréica; entretanto, a localização no cotovelo é típica de psoríase. A histopatologia é indecisa como a clínica. Paraceratose, microabscessos de Munro-Sabouraud, acantose com focos de espongiose e vasodilatação no derma, quadro este que poderia corresponder a ambos os processos. Em relação à terapêutica, o processo mostrou-se rebelde aos tópicos locais, inclusive a hidrocortisona. Corticoste-



sedativo - hipnótico, isento de
barbitúricos e de efeitos secundários;
não determina hábito

PARA EFEITO SEDATIVO:

SEDALIS

TUBO COM 20 COMPR. DE 25 MG.

PARA EFEITO HIPNÓTICO:

SEDALIS 100

TUBO COM 10 COMPR. DE 100 MG.



INSTITUTO PINHEIROS,
PRODUTOS TERAPÊUTICOS, S. A.
SÃO PAULO

FABRICADO MEDIANTE ACÓRDO COM A
CHEMIE GRÜNENTHAL GMBH, STOLBERG
IM RHEINLAND - ALEMANHA.



róides por via geral também não deram resultados. De outro lado, o paciente refere beneficiar-se com banhos de sol. Após apresentar estes considerandos em torno do caso, o

autor conclui achar-se frente a caso atípico, forma de passagem entre psoríase e dermatite seborréica, e termina analisando as relações entre as duas doenças.

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Sessão em 31 de março de 1959

Presidente: *Dr. Artur de Almeida*

A hipnopersuasão no combate aos espasmos tubários durante a prova de Rubin (Nota prévia). Drs. Franz Müller, Armando Nascimento Júnior e Arion Bueno de Oliveira. — Os autores tratam, de início, dos resultados falsos negativos da prova de Rubin, consequentes a espasmos prolongados e que simulam uma obstrução real das trompas. Em vista da gravidade de tal resultado, nunca se deve tirar conclusão definitiva com base em uma prova única, negativa. Na repetição, a disposição espástica da paciente não costuma ser tão intensa.

A fim de evitar resultados falsos negativos, muitos medicamentos têm sido usados. Devem ser administrados por vários dias, antes da prova ou então por via parenteral. A ação

dêstes modificadores neuro-vegetativos não é uniforme e de todo segura.

Na Divisão de Esterilidade da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina de São Paulo, os autores empregam ultimamente a hipnopersuasão no combate à espasticidade neurovegetativa excessiva das pacientes submetidas ao teste de Rubin. Os resultados têm sido plenamente satisfatórios, igualando-se a qualquer outro método ou medicação utilizada para esse fim. Muito raramente a hipnose tem que ser aprofundada e assim mesmo por tempo muito curto. Desde que passaram a utilizar a hipnopersuasão ou hipnosedação superficial, os autores abandonaram as outras medicações sedativas, usadas anteriormente.

DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

Sessão em 9 de março de 1959

Presidente: *Dra. Linda Nahas*

Prova de hemaglutinação em alérgicos à penicilina. Drs. F. Ottensooser e Ernesto Mendes. — A prova de hemaglutinação segundo Ley e col. foi realizada em 147 pacientes, dos quais 30 negaram e 117 declararam ter tomado penicilina. Não houve diferença significativa entre os resultados obtidos no primeiro grupo (29 negativos e um duvidoso) e no segundo grupo (115 negativos e dois positivos).

De 9 pacientes reconhecidamente alérgicos, em 4 a hemaglutinação foi positiva. Contudo, esta prova não mostrou correlação com as outras pro-

vas alérgicas efetuadas nestes 9 pacientes, a saber, reação cutânea direta, transferência passiva e reação de precipitação. Em dois casos de choque atribuído a injeção intramuscular de penicilina, os soros colhidos post mortem apresentaram provas negativas de transferência passiva e de precipitação, porém, hemaglutinação positiva, o que sugere a inclusão da prova de hemaglutinação na alergia à penicilina.

Amiloidose primária: aspectos hematológicos Drs. Michel Jamra, Rose Camargo Laurenti, Therezinha Verastro, Thales de Brito, Hene Mansur

Sadek e J. Lopes de Faria. — Os autores apresentam 2 casos de amiloidose primária que tiveram aspectos hematológicos interessantes. Em ambos, a amiloidose primária foi a doença de base, sendo a manifestação clínica diferente. No primeiro, uma paciente de 44 anos, sexo feminino, cor parda, manifestou uma púrpura plaquetopênica grave, sem resposta clínica ou cirúrgica; o exame necropsópico confirmou a púrpura plaquetopênica e mais amiloidose primária, ou paramiloidose. O segundo caso foi de um paciente de 45 anos, sexo masculino, cor branca, que apresentou anemia hemolítica auto-imune, razão que o levou à esplenectomia, sem

resultados satisfatórios; ao lado da anemia, apresentou hepatomegalia, adenopatia e alterações electrocardiográficas; o exame histológico do fígado, baço e gânglio linfático esclareceu o diagnóstico de amiloidose primária; a evolução foi para o óbito, tendo melhorado pouco com terapêutica hormonal (prednisona).

Estes dois casos chamaram a atenção dos autores para a importância da amiloidose primária, doença de etiologia desconhecida, considerada como resultante de um mecanismo de imunidade, podendo apresentar problemas hematológicos diversos, de caráter imunológico.

DEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Sessão em 2 de fevereiro de 1959

Presidente: *Dr. Marino Lazzareschi*

A osteotomia subtrocanterica na moléstia de Perthes (Nota prévia). Dr. João de Vincenzo. — O autor, baseando-se no trabalho de Stewart, da Campbell Clinic, que demonstrou a possibilidade da revascularização da cabeça do fêmur após osteossíntese por fratura do colo femoral em que a cabeça do fêmur começa a apresentar sinais de necrose, efetuando uma osteotomia subtrocanterica, conseguiu, em grande número de casos, completa vitalidade da mesma. Como a doença de Perthes em última análise é uma necrose asséptica da cabeça do fêmur, baseou-se na ideia de Stewart e, no caso apresentado, com

um follow-up de 10 meses, obteve revascularização total e, o que é mais importante, sem a deformidade residual tão comum nos casos de evolução de mais de 3 anos. O autor diz que, provavelmente, esta osteotomia pode trazer novos rumos ao tratamento desta moléstia e, no Pavilhão Fernandinho Simonsen, já iniciou a fase de investigação fazendo osteotomia em casos em qualquer fase evolutiva, com o fito de observar se, mesmo na fase inicial da moléstia, se consegue, com a osteotomia subtrocanterica, diminuir o período de evolução, que pode atingir até 3 ou 4 anos, em certos casos.

DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA

Sessão em 16 de fevereiro de 1959

Presidente: *Dr. José Lopes de Faria*

Colagenoses: um conceito errado da patologia. Dr. Ruy Piazza. — O autor fez um resumo do trabalho original de Klemperer, Pollack e Baehr em que foi lançada a expressão "doenças difusas do colágeno" e explicou

que, na ocasião, como ainda agora, não havia bases para se considerar a alteração do colágeno uma "alteração do equilíbrio coloidal", pois não se conhecia — como ainda é desconhecida — a composição física, química

e físico-química da substância fundamental colágena nem sequer o modo por que tal substância se forma.

Se se considerar a degeneração fibrinóide como o traço de união entre as chamadas "colagenoses", incorre-se em erro porque degenerações idênticas aparecem em patologia nas mais diferentes entidades mórbidas, destituídas de qualquer relação etiopatogênica.

Se considerarmos a interpretação de Klinge dessa degeneração, como fenómeno de hipersensibilidade, tal fenómeno aparece em diferentes fases de inúmeras doenças também destituídas de correlações entre si. Aliás, os autores citados não aceitam essa explicação.

Se as colagenoses forem entendidas como doenças do tecido conjuntivo, numerosas destas doenças não são incluídas no grupo daquelas.

Na própria expressão de Klemperer, em seu artigo de 1950, "Concept of collagen diseases", assistimos a uma grande popularidade da expressão devido à impaciência dos investigadores clínicos e a uma peculiar adoração pelos termos diagnósticos. Existe o perigo de que ela possa chegar a ser uma designação para todas as doenças com características clínicas e anatómicas pouco precisas.

Importância da prova de Waaler-Rose no diagnóstico da artrite reumatóide. Drs. Luiz R. Trabulsi, Castor Cobra, A. Buoniconti, Hernani D'Auria, Sérgio Ruiz e Schlioma Zatterka. — Os autores apresentaram os resultados de 190 testes de Waaler-Rose: artrite reumatóide ativa (34), artrite reumatóide inativa (9), febre reumática (25), lupus eritematoso disseminado (2), espondilite reumatóide (2), outras afecções reumáticas (48), afecções diversas (50) e normais (20). O teste foi feito de acordo com as modificações descritas por Nana Svartz em 1949 e 1954. A primeira modificação é feita com o soro total e a segunda com a fração obtida pela diluição e precipitação do soro a frio. Esta modificação, isolando o *fator reumatóide* de outros fatores aglutinantes de hemácias de carneiro sensi-

bilizadas, confere maior especificação ao teste.

O teste foi positivo em 25 dos 34 pacientes com artrite reumatóide ativa (73%), em um dos normais (5%) e em 1 paciente com febre reumática (4%); foi negativo em todos os outros.

A aplicação da técnica de precipitação a frio ao soro normal que apresentara título elevado pela primeira técnica, permitiu mostrar que a aglutinação não foi determinada pelo *fator reumatóide*.

Curvas glicêmicas, fosfatêmicas e calcêmicas após sobrecarga glicídica.

Dr. Raphael Giannella. — Estudamos 11 provas de sobrecarga glicídica realizadas em 10 pacientes internados na 1.^a C. M. (Serviço do Prof. A. B. de Ulhoa iCntra), 7 dos quais diabéticos e 3 controles. As amostras de sangue para dosagens de glicose, fósforo inorgânico e cálcio total foram colhidas em jejum, 1, 2 e 3 horas após a administração de 100 g de glicose por via oral.

As glicemias variaram, nos controles, de 50 a 128 mg/100 ml e de 134 a 446 mg/100 ml nos diabéticos.

As fosfatemias variaram de 2,75 a 5,06 mg/100 ml nos controles e de 2,79 a 4,67 mg/100 ml nos diabéticos, portanto, mais amplas nos controles do que nos diabéticos. Essas variações se fizeram em sentido contrário, para cada caso, às variações glicêmicas, com uma queda de aproximadamente 25% para os controles e de 15%, mais ou menos, para os diabéticos.

Os valores da calcemia variaram de 8,9 a 10,9 mg/100 ml para os controles e de 9,0 a 14,7 mg/100 ml nos diabéticos; maiores nos diabéticos do que nos controles e geralmente em sentido contrário às variações fosfatêmicas.

As variações da relação Ca/P foram de 26 a 53 para os controles e de 31 a 51 para os diabéticos.

Num dos casos estudados a ação hiperglicemiante provocada com adrenalina, que nos revelou defeito de mobilização do glicogênio, como ocorre na glicoteseaurose.

PENICIER

COMPRIMIDOS

INFANTIL

100.000 unidades Penicilina

Sulfa { diazina
 { merazina
 { metazina

ADULTO

200.000 unidades Penicilina

Sulfa { diazina
 { merazina
 { metazina



Instituto farmacéutico de productos científicos Xavier
JOAO XOPES XAVIER & CIA. LDA.



DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Sessão em 12 de fevereiro de 1959

Presidente: Dr. Joaquim da Costa Marques

Imunização em pediatria: aspectos microbiológicos e imunológicos. Dr. Carlos da Silva Lacaz. — Para o pediatra e o puericultor, o aspecto mais importante da imunização é aquele que diz respeito à imunização ativa, realizada de modo artificial, à custa das vacinas. A imunização passiva, efetuada pelos soros hiperimunes ou pela globulina γ , apresenta menor significação para o pediatra.

Diversos aspectos foram focalizados no tema referente à imunização ativa, a saber: tipos de vacinas, vias de introdução, condições para a boa eficácia de uma vacina, esquemas de imunização, doses de reforço, imunização ativa do lactente, recursos para se reconhecer o estado imunitário, bem como as bases imunológicas das reações alérgicas ou de hipersensibilidade aos diferentes agentes imunizantes.

Especial atenção deve merecer o preparo e a padronização dos diferentes tipos de vacinas a serem utilizados, garantindo-se ao produto condições de eficácia. A anticorpo-gênese no lactente é também discutida, concluindo-se que não há a chamada imaturidade do sistema formador de anticorpos, podendo haver produção das imunoglobulinas aos 2-3 meses de idade. Refere-se o autor à importância dos chamados "antígenos conjugados" na imunização em pediatria, assinalando, finalmente, os diversos recursos de laboratório capazes de evidenciar o estado imunitário face a determinada infecção ou toxinfecção.

Esquema de imunização em pediatria. Dr. Azarias de Andrade Carvalho. — É imperioso que os médicos que têm a seu cargo crianças que devem ser assistidas estejam a par, divulguem e apliquem em seus clientes a imunização mais indicada para o meio em que vivem. Essas imunizações, agrupadas em esquema, deverão ser reavaliadas constantemente, de acordo com os progressos da medicina.

Recomendamos o esquema proposto por Batsen e Christie, acrescido de pequenas modificações que visam a adaptá-lo às necessidades epidemiológicas de nosso ambiente e à inexistência de certos tipos de vacinas.

Esses autores, baseados em sua própria experiência e na de outros, mostram que a aplicação da vacina contra poliomielite, tipo Salk, pode ser feita na mesma ocasião em que se aplica a vacina triplíce (toxóides diftérico e tetânico associados ao *Haemophilus pertussis*) em locais diferentes ou misturados, no momento, na mesma seringa.

ESQUEMA

Primeiros dias de vida	BCC
1 a 2 meses	Vacina triplíce misturada à vacina Salk
2 a 3 meses	Igual à anterior
3 a 4 meses	Vacina triplíce
4 a 5 meses	Vacina contra varíola
9 a 10 meses	Vacina contra poliomielite
16 a 20 meses	Vacina triplíce
24 a 30 meses	Vacina contra poliomielite (4. ^a dose)
5 a 6 anos	Vacina triplíce

Após os 7 a 8 anos sugerimos seguir a orientação recomendada no livro "Imunização na Criança", da Academia Americana de Pediatria e distribuído aos sócios da Sociedade Brasileira de Pediatria, ou no artigo "Imunização em pediatria" (A. A. Carvalho e A. Strauss, *Pediat. Prát.*).

Qualquer esquema deverá ser alterado de acordo com as reações e complicações apresentadas pelos pacientes: alterações epidemiológicas, infecções agudas, não aplicação na época devida das doses recomendadas e intervenções cirúrgicas na orofaringe no caso da poliomielite.

Complicações neurológicas pós-vacinais. Dr. Antônio B. Lefèvre. —

O maior espectro anti-bacteriano !

ESTREPTO QUEMICETINA

CARLO ERBA



A única associação a base de cloranfenicol e estreptomicina administrável
por via parenteral, garantindo a ação contemporânea dos dois anti-
bióticos:

ação bacteriostática do cloranfenicol

+ ação bactericida da estreptomicina

principalmente nas:

Estafilococcias
Osteomielites
Pneumopatias e Empiemas tuberculosos
Coqueluche
Infecções urinárias
Febre tifoide — Bruceloses

Frasco-ampôla com 1 g de Caf, 0,250 g de estreptomicina base e 0,250 g de dihidro-estreptomicina base.

Frasco-ampôla com 0,250 g de Caf, 0,0625 g de estreptomicina base e 0,0625 g de dihidro-estreptomicina base.



Carlo Erba do Brasil S.A.

Industria Quimico Farmaceutica

Avenida Conselheiro Rodrigues Alves, 3465, Brooklin Paulista

Fone: 61-0998 — Caixa Postal, 21.006 — SÃO PAULO

Atualmente, é aceita a patogenia alérgica para as molestias desmielinizantes, grupo ao qual pertencem as complicações pós-vacinais. A afecção-tipo é a conseqüente à vacinação anti-rábica, desencadeada pela mielina contida na vacina fabricada com medula de coelho infectado; entretanto, experiências com medula de animais jovens (ainda não mielinizados) provaram não ocorrerem tais complicações. Embora as demais vacinas não tenham este elemento desencadeante (a mielina), o quadro anátomo-patológico relacionado às suas complicações é similar, sugerindo a mesma patogenia. As complicações (paralisias) surgidas com a vacinação tipo Salk no período de 1954-55 têm outra explicação; quase todas as partidas provinham de um mesmo laboratório, em que houve falha no preparo das vacinas, tendo sido injetados alguns vírus vivos nas crianças. O pânico com esses acidentes melhorou o controle das vacinas Salk e, atualmente, afirma Verlinde, em relatório apresentado ao Congresso de Genebra, que este período de complicações já foi ultrapassado e se pode mesmo dizer que nenhum produto biológico é mais seguro que a vacina Salk.

Quanto às complicações de que estamos tratando (desmielinizações), impõem preliminarmente duas afirmações: 1) as complicações com a vacina anti-rábica são muito raras em crianças, embora não tenhamos elementos estatísticos suficientes 2) dentre as demais vacinas destaca-se grandemente a vacinação antivariólica. No material de nossa Clínica (especializada), de um grupo de 15 pacientes com

moléstias resultantes de complicações pós-vacinais, 12 haviam recebido a vacinação antivariólica. Fato interessante, salientado por todos, é que, quanto mais precoce a vacinação, menor a possibilidade de complicações. O quadro clínico da complicação pós-vacinação antivariólica é variável, dependendo da extensão, grau e localização das desmielinizações perivasculares. A mortalidade costuma ser elevada: 28,6% na Áustria no período de 1929 a 1942, e 58% na Inglaterra. É grande a ocorrência de seqüelas, seja subjetivas (cefaléias, hiperirritabilidade) ou objetivas (paralisias, nistagmo, epilepsias).

As complicações neurológicas relacionadas com as demais vacinas — antidiftérica, antioqueluche, triplíce, antitífica e antiamarilica — são bem menos conhecidas, por sua menor incidência, mas os quadros clínicos e anátomo-patológicos são superponíveis aos da vacinação antivariólica.

A terapêutica decorre da patogenia. Procurar prevenir as complicações por meio de dessensibilizantes ou anti-histamínicos, principalmente quando se aplica a vacina antivariólica em crianças mais velhas. O tratamento das complicações já estabelecidas é de resultados práticos mais duvidosos. Temos tentado, em alguns casos, terapêutica semelhante à proposta para as complicações neurológicas do sarampo: associação de ACTH e cortisona em doses elevadas. É uma simples sugestão terapêutica, sem termos ainda experiência suficiente, pois muitos casos evoluem para a cura espontânea, devendo ter-se cuidado na avaliação dos resultados obtidos.

Sessão em 26 de fevereiro de 1959

Presidente: Dr. Joaquim da Costa Marques

Hepatite na infância: aspectos clínicos. Dr. Ariosto Martirani. — O autor conceitua o termo hepatite, em sentido lato, como um processo de agressão parenquimatosa do fígado e reação inflamatória do mesênquima, de etiologia múltipla (infecciosa, parasitária e tóxica). No seu estudo, se restringe à sua experiência, isto é, à hepatite a vírus (H. I. e H. S.),

fazendo um estudo clínico em relação à idade e à evolução.

Em relação à idade, de acordo com os dados atuais, considera a forma básica de hepatite com icterícia, prevalente a partir dos 4 anos, embora não exclua a existência de formas anictéricas, porém pouco estudadas, a partir dessa mesma idade; a forma anictérica, constituindo cerca de 97%

MAIS UMA ETAPA NA
 ANTIBIÓTICOTERAPIA:
STREPTOBENZYL
 com diluente pantotênico*
 uma associação diferente de
 penicilina e estreptomicina

6

VANTAGENS

- ação rápida
- níveis altos e prolongados
- espectro amplo
- não contém sódio
- não contém o alérgeno procaina
- atoxicidade

2

APRESENTAÇÕES

STREPTOBENZYL NORMAL (1/2 g)

Penicilina G-benzatina.....	300.000 U
Penicilina G-potássica.....	100.000 U
Sulfato de diidroestreptomicina.....	0,250 g
Sulfato de estreptomicina.....	0,250 g

STREPTOBENZYL PEDIÁTRICO (1/4 g)

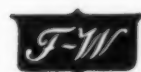
Penicilina G-benzatina.....	300.000 U
Penicilina G-potássica.....	100.000 U
Sulfato de diidroestreptomicina.....	0,125 g
Sulfato de estreptomicina.....	0,125 g

DILUENTE PANTOTÊNICO *

reforça ainda mais a atoxicidade já por si baixa
 da associação diidro + estreptomicina

* Keller, Krüpe e Mückter, 3.º Simpósio Anual de Antibióticos,
 Washington, novembro de 1955.

Indústrias Farmacêuticas



Fontoura-Wyeth S.A.

Pioneira do progresso em antibióticos no Brasil

Nos Estados Unidos: WYETH LABORATORIES INC. PHILADELPHIA

No Brasil: INDÚSTRIAS FARMACÊUTICAS FONTOURA-WYETH S.A.-S. PAULO

dos casos de hepatite infecciosa entre 1 e 3 anos; e a forma congênita, com ou sem icterícia, abaixo de 1 ano, sendo uma forma de inoculação transplacentária. Quanto à *evolução*, considera formas agudas (benigna e fulminante), subagudas e crônicas (hepatite crônica e cirrose pós-hepatite).

De sua casuística, apresenta 4 casos de hepatite congênita, sendo 3 com evolução benigna e um com cirrose; e 11 casos de cirrose pós-necrótica, 2 com antecedentes de hepatite.

Quanto às hepatites tóxicas, só se detém nas causadas pelo fósforo amarelo e pelo tetracloreto de carbônio. Da hepatite pelo fósforo, apresenta 7 casos, 6 fatais e um recuperado; nos 6 fatais, a morte ocorreu em coma hepático e o quadro anátomo-patológico foi o de necrose periportal e infiltrado de neutrófilos e linfócitos. Da hepatite pelo tetracloreto de carbono apresenta 7 casos, 4 fatais, 3 em coma hepático e um por nefrose necrótica; e 3 casos recuperados, um de quadro hepático predominante e os outros de quadro hepatorenal.

Hepatites por vírus: diagnóstico. Dr. Rubens Xavier Guimarães. — Capítulo importante de patologia, em nosso meio assume caráter sério, dada sua grande frequência na infância, como pudemos verificar pela estatística apresentada por Carlos de Oliveira Bastos estudando doentes do Hospital do Isolamento de São Paulo: de 0 a 4 anos, 28%. Vemos como é grande a incidência de hepatite por vírus no grupo etário que interessa principalmente a pediatria; nas estatísticas estrangeiras a incidência nesta idade é muito menos freqüente que a encontrada em nosso meio. Importante ainda, porque outros estados patológicos (como as anomalias congênitas) podem levar uma criança à icterícia, mas são diferenciadas facilmente lançando-se mão de alguns dados que o laboratório pode fornecer.

Como vimos ao ser apresentado o quadro clínico da hepatite por vírus, existe uma fase igual ou prodrômica em que o diagnóstico se torna difícil, principalmente apenas pelo exame físico.

Na fase inicial da hepatite, quando o quadro é de um processo infeccioso

agudo, com alterações gastrintestinais, a *transaminase glutâmico-pirúvica* já mostra valores bastante altos.

Após esta fase gastrintestinal, encontraremos clinicamente dados que nos orientarão para afecção hepática e então outros serão os exames que poderão confirmar a suspeita de hepatite por vírus. Inúmeras têm sido as provas empregadas com a finalidade de estudar a capacidade funcional da célula hepática. Entretanto, muitas delas não resistiram à crítica e foram abandonadas; outras, apesar de se mostrarem úteis, foram substituídas pelas de mais fácil execução.

Bilirrubinemia: A dosagem de bilirrubina não serve como elemento para o diagnóstico diferencial entre hepatite por vírus e icterícia obstrutiva intra ou extra-hepática. Entretanto, no recém-nascido, ela poderá caracterizar a icterícia hemolítica, e após esta fase apenas poderá mostrar o nível da icterícia em casos de hepatite, servindo para acompanhar a evolução do caso.

Proteína C reativa: É uma proteína anômala, encontrada em portadores de qualquer reação tecidual, seja ela de natureza inflamatória ou não, nunca sendo evidenciada em pessoas normais. Em um trabalho que tivemos oportunidade de colaborar, verificamos, em 16 doentes, portadores de hepatite por vírus, a precocidade de seu aparecimento e sua negatificação antes das chamadas provas de floculação, bem como da bilirrubinemia. Em um caso em que ela permaneceu positiva, o paciente evoluiu para o coma hepático e faleceu. Temos continuado em nossas observações, sempre sendo confirmadas nossas primeiras impressões de que realmente esta prova é útil no diagnóstico precoce da hepatite por vírus, sendo importante ainda para se avaliar a evolução. Entretanto, ela não serve para diferenciar as icterícias obstrutivas intra ou extra-hepáticas, pois tanto em uma como em outra a proteína C reativa é negativa.

Teste de Hanger: Na positividade desta reação interferem duas frações protéicas: a albumina, impedindo a floculação, e a globulina, provocando-a. O interessante é que toda globulina tem esta propriedade de

“INTRAIT” DE CASTANHA DA INDIA

DAUSSE

VARIZES - FLEBITES - HEMORRÓIDES

DOSES DIÁRIAS	
FORTES	FRACAS
100 à 600 gotas	10 à 20 gotas
Crisas hemorroidarias agudas Úlceras varicosas (Para serem usadas nos normotensos)	Para as demais indicações

“INTRAIT” DE VALERIANA

DAUSSE



SEDATIVO VEGETAL

2 à 3 colheres das de chá por dia.

Fabricado no Brasil com licença especial dos LAB. DAUSSE — Paris, França pelos
Laboratórios ENILA S. A., Rua Riachuelo, 242 — Caixa Postal, 484 — Rio.

Filial: Rua Marquês de Itú, 202, Fone: 37-1508 — São Paulo

flocular a emulsão empregada no teste de Hanger, seja ela proveniente de soros de doentes ou de indivíduos normais. Preferimos denominá-la reação de Hanger em lugar de prova de cefalina-colesterol, porque hoje não empregamos no preparo da emulsão a cefalina, que foi substituída pelo desoxicolato de sódio. Com esta alteração conseguimos um reativo muito mais estável e que fornece resultados exatos.

Reação de turvação ou floculação pelo timol: É uma reação que utiliza como substrato uma mistura de Veronal, Veronal sódico e timol. Interferem em sua positividade os seguintes fatores: aumento das globulinas, da globulina β e γ e elevação na taxa dos fosfolípides. A reação de floculação, aliada à de Kunkel, tem sido empregada no sentido de se tentar o diagnóstico diferencial entre hepatite e icterícias obstrutivas. Das reações de turvação ou floculação, a do timol é a que mais tardiamente se normaliza, ao contrário do teste de Hanger, cuja normalização é mais precoce.

Reação de Kunkel: É uma reação de turvação como a do timol, utilizando como substrato o sulfato de zinco. Sua positividade guarda relação estreita com o teor de globulina γ , tanto que Kunkel — e nós já comprovamos a veracidade da afirmativa — conseguiu estabelecer uma fórmula matemática para cálculo da quantidade de globulina γ partindo das unidades de turvação.

Proteinograma electroforético: É o fracionamento das proteínas obtido por meio da electroforese.

Na fase inicial da hepatite por vírus encontramos as seguintes alterações protêicas: protidemia total em geral com cifra normal; albumina discretamente diminuída; globulinas α_1 e α_2 normais; globulina β aumentada nos primeiros dias, normalizando-se logo após; globulina γ com cifra acima do normal. Em seguida, evidenciaremos a normalização da globulina β e elevação ainda maior da globulina γ que, entretanto, nunca atinge valores muito altos, estando sua taxa em geral entre 2 e 3 g/100 ml. Interessantes são os casos que, desde o início, mostram o apareci-

mento de uma fração anômala, mi-grando entre globulina β e γ , a chamada fração H ou globulina γ_1 . Temos algumas observações em que, num primeiro proteinograma electroforético, evidenciamos esta fração H e em todos estes casos a evolução se mostrou bastante prolongada, alguns com 6, outros com 7 e mesmo 10 meses, até ser obtida a completa normalização das provas funcionais. Além disso, um destes casos, apesar de ter sido rigorosamente tratado com repouso, dieta e mesmo com o emprêgo de corticóides, evoluiu para a cirrose pos-necrótica.

Após 2 a 3 meses do início da hepatite, iremos encontrar uma volta à normalidade na cifra das frações protêicas, sendo que não se deve esperar a normalização completa da globulina γ para se dar alta ao paciente. Entretanto, é aconselhado que se faça, após um ano do início da moléstia, um proteinograma, no sentido de evidenciar o perfil protêico normalizado. A tendência à normalização da fração γ sempre é acompanhada de elevação na cifra da albumina, que antes estava diminuída. O encontro de baixa no teor da globulina γ e ao mesmo tempo diminuição ainda maior da cifra da albumina, chegando-se a uma hipoproteinemia total, indica sempre piora do quadro, caminho quase certo para a cirrose pós-necrótica. Aqui evidenciaremos, no proteinograma, elementos de grande valor para o diagnóstico: a protidemia total na primeira fase se mostra normal; albumina diminuída (2,5 g/100 ml ou menos); globulina α_1 , normal ou diminuída, o que é de grande valor diagnóstico; globulina α_2 em geral normal; globulina β em geral normal; globulina γ aumentada, com taxas que variam de 2 até 4 g/100 ml. Além destas alterações quantitativas, verificaremos ainda modificações qualitativas importantes na fração globulínica γ : diminuição ou quase desaparecimento da faixa de separação entre globulinas β e γ ; esta fração adquire aspecto heterogêneo; ainda poderemos evidenciar o aparecimento da fração H ou globulina γ_1 .

Pelo que acabamos de expor, podemos deduzir como é importante o proteinograma electroforético para

COLTRAX

(Tiocolquicósido)

•
Diminui eletivamente o tono dos músculos em contratura sem modificar a motricidade voluntária. Contrariamente aos curarizantes naturais ou sintéticos, não determina fenómenos de paralisia por não atuar sobre a placa motora: sua ação é central.

•
Contraturas musculares das síndromes neurológicas e das afecções reumáticas: hemiplegias de origem vascular, traumática ou pós-operatória, paraplegias espasmódicas, contraturas extra-piramidais, seqüelas de encefalopatias infantis, ciáticas e lombo-ciáticas, síndromes radiculares dolorosas de origem vertebral (escoliose, espondilose) ou de etiologia imprecisa:

Síndromes dolorosas da pequena bacia:
(Dismenorréia)

Caixa com 3 ampolas de 2 cm³,
dosadas a 0,004 g

Uso intravenoso e intramuscular

LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO - ROUSSEL S. A.

RIO DE JANEIRO



COX - P1

acompanhar a evolução dos casos de hepatite por vírus. Em geral, temos procedido a este exame no início da moléstia, após 1 ou 2 meses e no momento de alta do paciente; após um ano repetimos o proteinograma como controle final.

Resumindo, são os seguintes os exames de laboratório a requisitar, de acordo com a fase da hepatite: 1) *Fase prodrômica* — dosagem da transaminase glutâmico-pirúvica; 2) *Fase clínica* — bilirrubina fracionada, proteinograma electroforético, proteína C reativa, teste de Hanger, reações de turvação e floculação pelo timol, reação Kunkel. 3) *Controle de evolução* (1 a 2 meses) — proteinograma electroforético, proteína C reativa, bilirrubina fracionada, teste de Hanger. 4) *Controle de cura* — proteinograma electroforético, bilirrubina fracionada, reação de turvação pelo timol, reação de Kunkel.

Tratamento da hepatite viral. Dr. M. Aparecida Sampaio Zacchi. — *Profilaxia:* A prevenção da hepatite a vírus é muito importante e são recomendadas as seguintes medidas gerais: 1) esterilização rigorosa de seringas, agulhas, material cirúrgico, etc., contaminados; 2) seleção de doadores de sangue por meio de anamnese e, se possível, testes de laboratório; 3) uso preferencial de sangue total de doadores selecionados, colhido em frascos separados, em vez de "pooled"-plasma e seus derivados; 4) manipulação adequada do sangue e fezes de indivíduos suspeitos ou infestados; 5) administração de globulina γ , na dose de 0,025 mg/kg, aos indivíduos expostos ao contágio. A imunização passiva é eficaz para a hepatite infecciosa (vírus A) e tem a duração de mais ou menos 6 semanas. Não tem valor na hepatite por soro homólogo (vírus B).

Tratamento: Em vista de não existir agente terapêutico específico contra os vírus A e B, o tratamento das duas formas conhecidas de hepatite viral é sintomático.

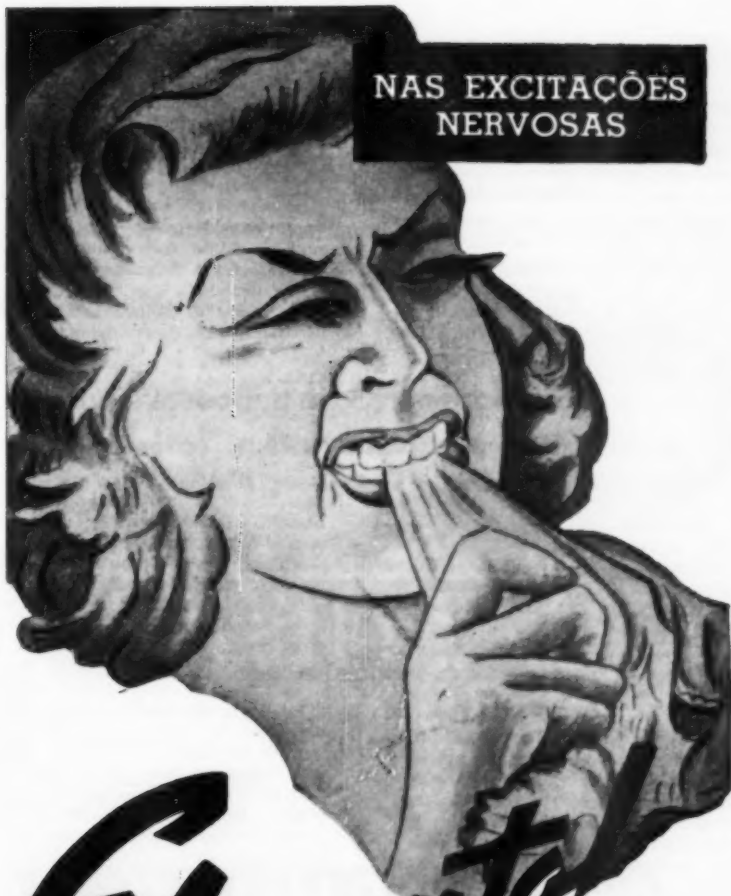
1) *Repouso* — O repouso no leito é obrigatório no período prodrômico e enquanto persistir icterícia. Deve ser suspenso paulatinamente e a atividade integral deve ser permitida

quando os sintomas tenham desaparecido e a taxa de bilirrubina for de 3 mg/100 ml ou menos. Em geral, a sua duração é de 4 a 6 semanas.

2) *Dieta* — Deve ser apetecível, adequada em calorias, balanceada em relação à ingestão de proteínas, hidratos de carbono e gorduras. A restrição de gorduras é desnecessária, salvo no período inicial, em que a sua ingestão pode agravar as náuseas e vômitos. Refeições pequenas e freqüentes são melhor toleradas na fase aguda. Uma dieta completa, sem restrições, deve ser dada assim que o doente a tolere. Evitar excesso de condimentos. Proibir o álcool. Suplementos de vitaminas (complexo B, vitaminas C e K) são de efeito duvidoso, porém, devem ser dados nos casos graves, por via parenteral, quando persistirem vômitos e a aceitação alimentar for deficiente. Nos casos fulminantes de pré-coma ou coma, interromper a administração de proteínas e gorduras. A dieta deve constar de glicose (soluções a 10 ou 20%) com vitaminas e electrolitos, de preferência por via intravenosa. Além disso, sangue total em transfusões repetidas, principalmente se existirem fenômenos hemorrágicos.

3) Não há medicamento específico. Além do soluto glicosado, transfusões repetidas de sangue total, vitaminas, já citadas, têm sido empregados antibióticos, esteróides, glutamato de sódio ou potássio e outros medicamentos na hepatite a vírus. Os antibióticos por via parenteral, em doses adequadas, têm indicação apenas nos casos graves, fulminantes, com o objetivo principal de prevenir as complicações bacterianas. Os esteróides (ACTH e cortisona) não devem ser empregados nos casos benignos e moderadamente graves, pois foi observado que as recaídas são mais freqüentes no grupo tratado. Tratamentos curtos estão indicados nos casos que não mostram melhora após 6 semanas ou mais da doença, para apressar a convalescença (cortisona, via oral, 100 mg/24 h, durante 5 dias). Nos casos de coma, o seu efeito não está bem estabelecido. Knight (Current Therapy, 1958) aconselha doses altas iniciais (cortisona 300 mg/24 h,

NAS EXCITAÇÕES
NERVOSAS



Eleganto



NEURO-SEDATIVO - ANTI-ESPASMÓDICO - ANTI-CONVULSIVANTE

Na hiper-excitabilidade reflexa — Córdio Sedativo — Na Epilepsia (No Eretismo Córdio Vascular, Taquicardia Paroxística, Extra-sístoles funcionais, etc)

A base do CÉLEBRE LEPTOLOBIIUM ELEGANS — CRATAEGUS OXIACANTA-BROMURETOS DE AMÔNIO, SÓDIO, POTÁSSIO, etc.

MODO DE USAR: { Adultos: 1 colher 15 cc 3 vezes ao dia
em água açucarada. — Crianças: a metade.

MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.

PRODUTOS FARMACEUTICOS

Rua Ruy Barbosa, 365 a 377 — Fones: 33-3426 - 36-8075 — S. PAULO

para adultos) e ajustes de acôrdo com a resposta de cada paciente. Segundo Patterson, a cortisona tem efeito cole-rético e colagogo, observando-se queda da bilirrubina e desaparecimento da icterícia em alguns casos, assim como melhoria do apetite e do estado geral. O *glutamato de sódio* ou *potássio*, por via intravenosa, em doses altas (10 a 20 g em soluto glicosado a 5%) tem sido recomendado, porém, os re-

sultados são pouco satisfatórios e o seu emprego vem sendo abandonado.

Os narcóticos e sedativos são contra-indicados.

Na hepatite neonatal, atribuída, mais provavelmente, ao vírus B, o tratamento obedece às mesmas linhas gerais. A cortisona parece ser útil como elemento diagnóstico e possivelmente terapêutico, se bem que o seu efeito sobre a evolução final ainda não tenha sido determinado.

DEPARTAMENTO DE UROLOGIA

Sessão em 25 de fevereiro de 1959

Presidente: Dr. Roberto Rocha Brito

Neobexiga ileal (*técnica de Bricker*). — Drs. Alfredo Duarte Cabral, Gilberto Menezes de Góes e José Roberto de Freitas Azevedo. — Os autores apresentam 5 casos de neobexiga ileal pela técnica de Bricker, operados na Clínica Urológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Serviço do Prof. G. Campos Freire).

Discutem inicialmente as indicações da derivação ureterointestinal nas suas duas modalidades: ureterossigmoidostomias (derivação em tracto intacto) e neobexiga (derivação em alça isolada), comparando as complicações e os resultados obtidos. Nos 5 casos apresentados, havia indicação absoluta para neobexiga, estando contra-indicada a ureterossigmoidostomia, em virtude de lesão preexistente do tracto intestinal. Assim, um caso era de extrofia de bexiga (paciente com 36 anos), com procedência do reto e atonia do esfíncter anal; num caso tratava-se de carcinoma de bexiga, com fistula vesicovaginal e comprometimento neoplásico do reto; em 3 casos, além de fistula vesicovaginal pós-parto, inoperável, havia concomitantemente fistula retovaginal, cuja oclusão foi considerada impraticável; num destes 3 últimos casos, a paciente tinha sido submetida a uma ureterossigmoidostomia, sendo os ureteres, na confecção da neobexiga, reimplantados na alça ileal. Quanto à técnica operatória seguem a de Bricker em todo os seus detalhes, uti-

lizando, nos 2 últimos casos operados, a modificação sugerida por Stamy e Scolt, que consiste em fixar previamente o côto distal da alça ileal à pele (com excesso de parede intestinal) ficando depois os ureteres na alça, o que reputam um detalhe de técnica útil e importante.

Os casos são em pequeno número e relativamente recentes (o mais antigo tem 13 meses), aguardando os autores um número maior de casos, com follow-up mais longo, para firmar uma opinião mais documentada sobre a técnica.

Os resultados imediatos são entretanto bons, sendo os casos acompanhados com dosagens sangüíneas (especialmente no que diz respeito ao distúrbio electrolítico) e urografias de contróle. Apenas em um caso houve estenose da ileostomia cutânea, devendo a paciente ser reoperada.

Neofrectomia com ressecção da veia cava inferior por neoplasma. Drs. Roberto Rocha Brito e Nelson Caprini. — Os autores apresentam um caso de hipernefroma com invasão tumoral da veia cava inferior, tendo sido feita nefrectomia direita com ressecção deliberada da veia cava inferior. Sobrevida do paciente com contróle de cerca de 3 anos, havendo inicialmente edema dos membros inferiores e circulação venosa compensadora do abdome e membros.

Orientação geral no tratamento de tumores do rim. Dr. Darcy Villela

A combinação de substâncias com diferentes meios de ação aos diferentes pontos de ataque, reforça a eficácia terapêutica, amplia a escala das indicações garantindo efeitos seguros.

Produtos de combinação com poderoso efeito
analgésico, antireumático e antipirético :

Via oral:

DOLVIRAN®



caixa com 100 comprimidos
em envelopes de clarapel

Via parenteral:

DOLVISOL®



caixas com 5 e 50 ampolas de 2 cm³

Novo!

A CHIMICA "Bayer" S.A.

Rio de Janeiro



Itiberê. — O autor tece considerações sobre o diagnóstico dos tumores do rim, ressaltando o valor de exames radiológicos, bem como a aorto-

grafia e a cavografia. Analisa o problema da indicação radioterápica nos tumores de grande volume e as diferentes vias de acesso.

SECÇÃO REGIONAL DE PIRACICABA

Resultados em 10 000 exames de fezes na região de Piracicaba. Drs. Plínio Alves de Moraes e Ben-Hur Carvalhaes de Paiva. — Foram feitos 10 000 exames de fezes em uma população aproximada de 150 000 pessoas englobando Piracicaba e algumas cidades vizinhas. Esses exames referem-se apenas a clientes de consultório, não tendo sido relacionados grupos homogêneos, como era o caso dos funcionários de uma usina, em número de 1 500. Os exames realizados, tendo sido efetuados em pessoas das mais diversas condições sociais e econômicas, compreendem doentes com manifestações intestinais e pessoas que faziam exame geral, sem nada sentir. Representam, em seu conjunto, um verdadeiro corte da população.

O índice de infestação foi de ... 53,33%. A mais freqüente foi a *Entameba histolytica*, com 22,08%, incidência bastante diferente da de

outras nações: França (4,0%), Inglaterra (5,0%), Califórnia (26,5%), Venezuela (30,0%). No Brasil, diferentes autores de várias cidades têm encontrado de 0,5 a 48,0%.

A esquistossomose ainda não é problema em nosso meio, tendo os autores encontrado apenas 3 nordestinos parasitados.

Nos 5 333 indivíduos parasitados, havia muitos com mais de uma parasitose: infestações duplas 854 (8,54%); infestações triplas 114 (1,14%); infestações quádruplas 12 (0,12%); infestações quádruplas 1 (0,01%).

Os exames eram feitos com concentração e com repetição.

No exame estatístico, feito pelo Prof. F. Pimentel Gomes, somente foi encontrada uma correlação positiva significativa, no caso da associação da *Entameba coli* e *E. histolytica*. Houve vários casos de correlação negativa.

Sociedade Médica São Lucas

Sessão em 14 de julho de 1959

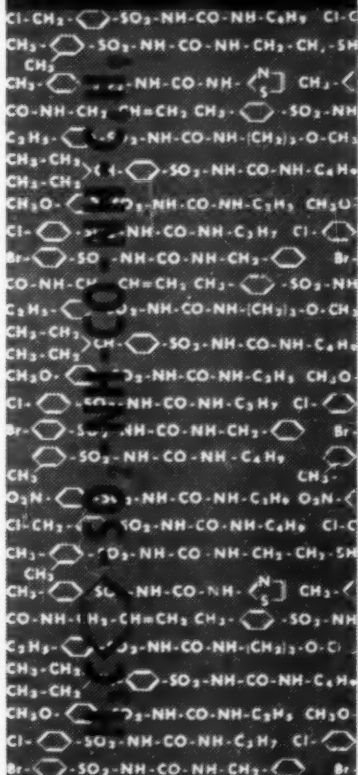
Presidente: Dr. Adalberto Leite Ferraz

Neuralgias e neuroses ano-retais. — Dr. Raul Ribeiro da Silva — O A. discorreu sobre o assunto, à luz da observação de cerca de trezentos casos. Trata-se de dores que não correspondem a lesões proctológicas ao exame direto. Descreveu a sintomatologia rica em condição mórbida. As várias formas da moléstia foram expostas. As neurites simples geralmente são concomitantes com lesões da coluna, mas não acredita na interferência da espina bifida. A proctalgia fugaz é violenta às vezes, com sintomatologia dramática. É a câimbra do reto. Citou vários casos de psicose ano-retal. Por fim expôs os vários

recursos terapêuticos utilizados em tais casos.

Doenças iatrogênicas. — Prof. Carlos da Silva Lacaz. O A. discorreu sobre as doenças iatrogênicas, isto é, sobre os estados mórbidos provocados pelos medicamentos, por métodos terapêuticos, por operações. É a patologia da terapêutica. Estudou as várias causas das doenças iatrogênicas e fez a sua crítica. Correu a lista das manifestações iatrogênicas. Medidas profiláticas devem ser tomadas. Toda medicação traz risco. Não se deve dar remédio sem necessidade. Os remédios populares devem ser abolidos; só a prescrição médica deve ser usada.

Fatos e algarismos



Entre mais de mil

substâncias, de ação sobre a glicemia, sintetizadas e verificadas experimental e clinicamente,

Uma

mostrou ser o antidiabético oral, que associa grande ação terapêutica a excelente tolerância:

RASTINON[®]

HOECHST

Segurança — uma vida inteira — foi o critério, segundo o qual foi feita esta escolha em Hoechst.

Rastinon apresenta um ótimo de qualidades farmacológicas com boa tolerância além da efetiva ação hipoglicemiante, não atingidas até agora por antidiabético oral algum.

Estas são as bases de uma aplicação universal e foram o início de uma nova era na terapia do diabetes.



FABRIL HOECHST AG

Frankfurt (M) - HOECHST

Representante: HOECHST DO BRASIL Química e Farmacêutica S.A. - Rio de Janeiro, C.B. 1529

O Dr. Carlos Ribeiro focou a questão do uso dos antibióticos e o resurgimento das vacinas.

O Dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se à úlcera jejunal posoperatória.

O Dr. João A. Mendonça Cortez aludiu à transformação nas entidades patológicas, sem dúvida em consequência aos agentes terapêuticos.

Sessão em 21 de julho de 1959

Presidente: *Dr. Adalberto Leite Ferraz*

Técnica a Billroth I. — Na ordem do dia o Dr. Edwin Montenegro discorreu sobre a eleição da técnica na cirurgia gástrica e analisou 100 casos selecionados de anastomose a Billroth I, com resultados bons embora não ultrapassem os três anos. Espera que com o correr do tempo possa ter conclusão a respeito da incidência da úlcera posoperatória que em certas estatísticas vai até a 25% dos casos. Passou depois a tratar da gastrectomia total nas suas várias indicações. Usou-a em 54 casos, com resultados que expôs e analisou, mostrou diagnósticos esclarecedores das várias técnicas empregadas. Teceu comentários sobre a conduta nos diferentes casos.

Finalmente discorreu sobre a sua experiência em câncer do esôfago.

Quando o tumor se estende lateralmente, a cirurgia é contraindicada; na propagação longitudinal do esôfago, a cirurgia pode ser aplicada e facilmente realizada. Tem experiência com toda sorte de cirurgia do esôfago e conclui que a substituição pelo colo é a tática com que se tem melhor resultado à distância, sendo, porém, operação grave e de elevada mortalidade.

Na discussão o Dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se aos entusiasmos e desenganos da operação à Billroth I.

O Dr. Moacyr Boscardin falou sobre a gastrectomia total e a ressecção do esôfago, fazendo apreciações sobre pormenores de técnica.

Fêz considerações sobre o assunto o dr. Edwin Montenegro.

Sessão em 11 de agosto de 1959

Presidente: *Dr. Adalberto Leite Ferraz*

Tumores ósseos. — A reunião foi dedicada a tumores ósseos. O primeiro orador foi o Dr. Marino Lazzarini, que discorreu sobre as atitudes do ortopedista diante dos tumores ósseos. As questões de nomenclatura e de classificação foram expostas e criticadas. A conceituação de tumor foi explanada, diante da insegurança com que os autores encaram o assunto. A classificação apresenta problemas difíceis e muitos só fazem a enumeração dos tumores. O diagnóstico oferece dificuldades e interfere na orientação terapêutica. A cirurgia em monobloco mecanicista — nem sempre dá os resultados que esperávamos. A radioterapia detém; a quimioterapia está nos dando novas esperanças.

A seguir o Dr. Renato de Araújo Cintra falou sobre a radioterapia nos tumores ósseos.

São mais frequentes no seu serviço os tumores ósseos metastáticos — 80% dos casos que ocorrem ao radioterapeuta. Expôs pormenores de técnica, mostrando que a demora no aplicar a cirurgia no osteosarcoma traz melhores resultados e a esperada oportunidade de fazer a irradiação prévia. O tumor de Erving é radiosensível e passível da radioterapia quando os ossos atingidos são inoperáveis. O gigante-celular responde bem à radioterapia, que pode servir de teste diagnóstico. No mieloma múltiplo a radioterapia é indicada. No mieloma solitário, associada à cirurgia. O retículo sarcoma também se beneficia.

O Dr. Martino Lazareschi apresentou radiografias e diapositivos demonstrativos de vários tipos de tumor ósseo.

Por fim o Dr. Roberto Godoy Moreira fez considerações gerais sobre os tumores ósseos. Citou o uso de osso em pó liolizado (burghone) para preencher os espaços ósseos posoperatórios. Na prevenção de fraturas o

uso de pinos medulares está sendo muito empregado. A plástica só é usada nos Estados Unidos — o ostamer — é absorvido, transformando-se em uréia. Na radioterapia pode-se empregar de 20 a 30 000 r antes da amputação. Apresentou uma série de casos operados na Clínica Ortopédica da Faculdade de Medicina.

Houve ampla discussão do assunto.

Sessão em 25 de agosto de 1959

Presidente: *Dr. Adalberto Leite Ferraz*

Moléstias vasculares periféricas. — Dr. L. E. Puech Leão. O A. recordou a anatomia das veias periféricas dos membros, para tirar conclusões terapêuticas. Referiu-se primeiro ao sistema venoso e depois ao sistema arterial. As flebografias são de utilidade, bem como a ausculta da corrente arterial. Projetou numerosos diapositivos ilustrativos. Falou também sobre os bancos de artéria. Falou depois sobre detalhes de técnica e sobre a prevenção da dor posoperatória.

A seguir falou o Dr. Otávio Moraes Dantas sobre o mesmo assunto. Citou a pobreza de conhecimentos sobre a patologia dos linfáticos e a insegurança do tratamento do linfedema. Salientou os cuidados ao se fazer o exame dos doentes varicosos. Mas é restrito o valor das provas, sendo indispensável a marcação das varizes. As tromboflebitides merecem um tratamento especial e prolongado, com

anticoagulantes. Sobre amputações, as da perna não dão resultados bons. A cirurgia do simpático, as injeções intrarteriais e a revascularização são merecedoras da atenção do clínico nas afecções arteriais. O oxigênio intrarterial deve ter uso mais amplo, pois os seus resultados são satisfatórios. Mostrou resultados colhidos no mal perfurante.

Por fim o Dr. Generoso Concilio comentou as exposições feitas pelos dois oradores. Salientou que a cirurgia das varizes é cirurgia de paciência e exige um tratamento preoperatório cuidadoso. O doente já era um doente geral, antes de ser um doente periférico e precisa, por isso, ser atendido mais profundamente. O decumaryl é de eficiência nos tratamentos demorados. O assunto foi discutido pelos Drs. Moacyr Boscardin, Adalberto Leite Ferraz, Puech Leão, Eurico Branco Ribeiro e Otávio Dantas.

RUBROMALT

Extrato de malte
Com as Vitaminas B₁₂, A e D
Complexo B, Extrato de Fígado
Aminoácidos e Minerais.



INSTITUTO TERAPÊUTICO ACTIVUS LTDA.

Rua Pirapitingui, 165 — São Paulo, Brasil

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Boletim de Oncologia (Separata da Revista Brasileira de Cirurgia), Vol. 37, n.º 6, junho de 1959. Curabilidade do câncer — dr. Antônio Prudente. Contribuição ao diagnóstico radiológico diferencial entre o endotelioma ósseo (tumor de Ewing) e o sarcoma osteogênico diafisário — dr. Jacyr Quadros. Razões e indicações para a ampliação da mastectomia radical — dr. Alfredo Abrão. Carcinoma baso-epino celular do colo uterino, irradiado — (caso clínico).

Boletim Mensal do Centro de Estudos Franco da Rocha. — Ano II, n.º 6/7, fevereiro-março de 1959. Psicograma de Rorschach na psicose degenerativa de Kleist — Prof. dr. Anibal Silveira; Psicose degenerativas — Falsofrenia de Kleist — dr. Roberto B. Tomchinsky; Esquizofasia — dr. Spartaco Vizzotto; Desordens paralógicas e alógicas do pensamento — dr. Isaías Hessel Melsohn; Participação do cerebelo na patogenia do câncer — dr. Noémio Weniger; Exposição sumária das principais idéias de Wilhelm Reich — dr. Alberto Lyra; Bases anátomo-patológicas da constituição epiléptica — prof. dr. Ruy Piazza.

Boletim Mensal do Centro de Estudos Franco da Rocha. — Ano II, nos 8, 9, 10, abril a junho de 1959. Os quatro pensamentos do homem — dr. Átila Ferreira Vaz; Organogênese e psicogênese em psiquiatria — prof. dr. Darcy Mendonça Uchôa; Lesões cerebrais na doença de inclusão citomegálica — dr. Antônio Luisi; Wilhelm Reich — Da análise do caráter ao universo orgânico — dr. Alberto Lyra.

Cirurgia. — Ano I, n.º 4, dezembro de 1958 e Ano II, n.º 5, março de 1959. Contribuição ao estudo da colecistite aguda — dr. William Saad Hossne — Tese apresentada para con-

curso de docência livre de clínica cirúrgica a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Maternidade e Infância, Vol. XVIII, n.º 1, ano XV, janeiro-março de 1959. Maternidade e infância — índice alfabético dos autores e das matérias — Vol. I a XV — dr. Antônio Guariento e dr. Domingos Delascio.

Pediatria Prática, Vol. XXX, fasc. 4, abril de 1959. A luta contra a poliomielite — drs. Roberto Brolio e C. Canabrava Filho; Epilepsia abdominal — drs. F. Meira Lins e Salustiano Gomes Lins; Reidratação na infância — dr. João Carlos de Sousa.

Revista Paulista de Hospitais, n.º 6, junho de 1959. A política hospitalar do governo — dr. Emílio Nava-jas Filho; O custo individual do paciente — A previdência social — dra. Lourdes F. Carvalho; Princípios para o bom planejamento do hospital — dra. Elza R. Aguiar; V Centenário do nascimento da rainha D. Leonor — dr. Ciro Athaide Carneiro; O apóstolo das Santas Casas — Gustavo Barroso; Doenças contraídas dentro do hospital — A resistência aos antibióticos; Socializar ou não a assistência médico-hospitalar? — dr. Décio S. Pinto de Moura; Pequenas cidades onde retornou a esperança; A pesquisa econômico-social no hospital e a previdência social — Célia Figueiredo Guazzelli; Um século de benemerência; Novas teorias sobre doenças infecciosas; A medicina preventiva no Hospital Modelo — dr. Roberto Brólio; Toxi-infecções alimentares no hospital — dra. Maria José Imbassahy Santos; Importância dos cursos de pós-graduação na profissão de enfermeira — Waleska Paixão; O problema dos chamados incuráveis nos hospitais gerais — Maria de Lourdes Góes.

TROMBOCLASE

(Fenil-Indandiona)

50 mg

Anticoagulante

INDICAÇÕES:

Na profilaxia e tratamento das trombozes, tromboflebitas e embolias.

POSOLOGIA:

A critério médico.

APRESENTAÇÃO:

Vidros com 25 comprimidos.

ANGUSTIL

Atarácico a base de Benactizina

INDICAÇÕES:

- * Psiconeuroses de causas externas
- * Estados de ansiedade, tensão e angústia
- * Certas manifestações psico-somáticas (especialmente da pele)
- * Insônia causada por preocupações ou excessiva atividade mental
- * Tensão pré-menstrual

POSOLOGIA:

1 a 2 comprimidos, 3 vezes ao dia, nas principais refeições

APRESENTAÇÃO:

Tubo com 30 comprimidos

Amostras de Tromboclase e Angustil à disposição dos Srs. Médicos



LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S/A.

Rua Maria Cândida, 1.549 (Vila Guilherme) — Caixa Postal, 8.086 —

Fone: 35-3141 — SÃO PAULO — BRASIL

Revista Paulista de Medicina, Vol. 55, n.º 1, julho de 1959. Tratamento atual do pleuris serofibrinoso — dr. Mozart Tavares de Lima Filho; Conduta perante as convulsões febris na criança — dr. Horácio Canelas. Diagnóstico e tratamento de amenorréias — dr. L. Miller de Paiva; Tratamento medicamentoso atual da tuberculose pulmonar — dr. Carlos Mendes de Oliveira; Uso de antibióticos no tratamento da amebíase intestinal — dr. José Fernandes Pontes; Punção lombar nos acidentes vasculares cerebrais — dr. Roberto Melaragno Filho; A ooforectomia bilateral no tratamento do câncer da mama complicado pela gravidez — dr. Georges Arié; A reparação plástica com nylon nas ressecções da parede abdominal — drs. Antônio Franco Montoro e Fernando Gentil; Lobectomia hepática direita regrada e alargada, por câncer da vesícula biliar — dr. Silvio Cavalcanti; Reações e indicações para a ampliação da mastectomia radical — dr. Alfredo Abrão; Resultados do tratamento cirúrgico da estenose mitral — dr. Hugo João Felipozzi; Resultados do tratamento cirúrgico da estenose mitral — dr. E. J. Zerbini; Comissurotomia mitral — dr. Bêdo Guida Filho; Ceratoacantoma gigante do dorso do nariz (pseudo-epitelioma espinocelular) — drs. Vinício de Arruda Zamith e A. James Brandi; Argíria cutânea (apresentação de um caso) — drs. Sebastião A. P. Sampaio e Lício Marques de Assis; Caso pré-diagnose; dermatite seborréica? psoríase? Sebastião A. P. Sampaio; Caso pré-diagnose; celulite dissecante — dr. Sebastião A. P. Sampaio; A hipnopersuasão no combate aos espasmos tubários durante a prova de Rubin (Nota prévia) — drs. Franz Müller, Armando Nascimento Júnior e Arion Bueno de Oliveira; Prova de hemaglutinação em alérgicos à penicilina — drs. F. Ottensooser e Ernesto Mendes; Amiloidose primária; aspectos hematológicos — drs. Michel Jamra, Rose Camargo Laurenti, Therezinha Verrastro, Thales de Brito, Hene Mansur, e J. Lopes Faria; Considerações sobre o emprego da arsenoterapia na esquistossomose mansoni (Nota prévia) — dr. Moacyr Ribeiro dos Santos; Estudos sobre a mortali-

dade por várias causas no Município de São Paulo I: Raiva — dr. Ary Walter Schmid; Estudos sobre a mortalidade por várias causas no Município de São Paulo. II: Tétano — dr. Ary Walter Schmid; Leishmaniose tegumentar no Território do Amapá, Brasil — drs. O. P. Forattini, E. Juarez L. Bernardi e C. Dauer; Indicações da comissurotomia na estenose mitral — drs. Marcos Fábio Lion — Cardiopatia mitral reumática: indicações para a correção cirúrgica — Adauto Barbosa Lima; Mucóide do soro e da urina na uremia — drs. Evaldo H. L. Melo, Jairo C. Dias, Iria Mariani, Italo Martirani, Bernardi L. Wajchenberg e Antônio B. Ulhôa Cintra; Quadro electroforético das proteínas em cardiopatias. Considerações sobre 20 casos. Drs. Rubens Xavier Guimarães, Antônio José Gebara, Sérgio Trevisan, Abrão Bobrow e Cesidio Sarra; Proteína, hexose, hexosamina da fração não dialisável de urina de homens jovens normais — drs. Evaldo H. L. Melo, Iria Mariani, Italo Martirani e A. B. Ulhôa Cintra; Ausentismo por doença — dr. J. A. Junqueira; Atividades do sxi em Medicina Preventiva — dr. Bernardo Bedrikow; Trabalho de equipe em Medicina Preventiva — dr. Martinus Pawel; Semelhança entre as alterações do líquido cefalorraqueano na encefalite psicótica aguda azotêmica e em outras entidades clínicas — dr. João Baptista dos Reis; Compressão segmentar do plexo venoso extra-raquidiano; valor para o diagnóstico de localização das afecções bloqueantes do canal raquidiano (Nota prévia) — dr. Oswaldo Ricciardi Cruz; Condroma para-articular — dr. João de Vincenzo; Nervo auditivo e kanacimina — Josué Toledo de Godoy; Retalhos frontais versus retalhos nasogenianos na substituição do estôfo nasal — drs. Roberto Farina, Décio Mion, Ricardo Baroudi, Benjamin Golzman e Osvaldo de Castro; Tratamento da blastomicose pela sulfametoxipiridazina — drs. Lamartine de Paiva, Décio Mion e Celeste Fava Neto; O tratamento da leishmaniose tegumentar com a anfotericina B. (Nota prévia) drs. Carlos da Silva Lacaz, Lamartine de Paiva, Sebastião

UM NOVO NEUROLÉPTICO

NEOZINE

7044 R P

Levo-metóxi-3 (dimetilamino-3' metil-2'
propil)-10 fenotiazina

CLÍNICA GERAL

AFEÇÕES ALÉRGICAS: asma, coriza estacional e espasmódica, pruridos, urticária, edema de Quincke, doença do soro.



DISTONIAS NEUROVEGETATIVAS: distúrbios hepatovesiculares, cardiespasmos, insônias, soluços, náuseas e vômitos.



ALGIAS REBELDES: dores cancerosas, tabéticas, reumáticas, zosterianas, pós-operatórias e outras.



PEDIATRIA: neurotoxicoses do lactente. Vômitos habituais do lactente, do coqueluche, da celonemia. Encefalites pós-infecciosas. Laringites agudas.



APRESENTAÇÕES

COMPRIMIDOS - Frascos de 20 e de 250 a 5 mg de base ativa.
GOTAS - Frasco de 10 cm³ de solução a 4% de NEOZINE.



A marca de confiança

RHODIA

Caixa Postal 8095 - São Paulo, SP

A. P. Sampaio, Josué Toledo de Godoy e Décio Mion; Tratamento das estenoses cicatriciais da boca, faringe e esôfago por injeções locais de corticosteróides (nota prévia) drs. Plínio de Mattos Barretto; O contróle dos testes de tolerância pela cromatografia circular. O estudo de uma sobrecarga protéica — drs. J. V. Martins Campos, Yolanda Tavares, Wolfgang Rothstein e J. Fernandes Pontes; Curvas glicêmicas, fosfatêmicas e calcêmicas na prova de tolerância à insulina — dr. Raphael Giannella; Peritonite mecânica — drs. A. A. Amorim, A.

Luisi e D. Delascio; Sobre o emprêgo do iodeto de ditiazanina como antihelmíntico — Dr. A. Dácio F. do Amaral; Sobrevida nas operações de atresia congênita do esôfago — V. A. Carvalho Pinto; Considerações sobre achados abreugráficos em candidatos ao exame de admissão ao ginásio — drs. A. C. de Moraes Passos e Lygia Silveira; Fístula vésico-intestinal por divertículo do sigmóide — dr. Darcy Villela Itiberê; Fístulas intestinais em cirurgia renal — dr. Gilberto Menezes de Góes; Pielografia transrenal — dr. Roberto Rocha Brito.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Prêmio Maternidade São Paulo

Gravidez prolongada. — Dr. Francisco Cerrutti — O Prêmio Maternidade de São Paulo, distribuído bialmente ao melhor trabalho de Obstetrícia, foi conferido pelo Centro de Estudos da Maternidade de São Paulo, à monografia "Gravidez Prolongada", do dr. Francisco Cerrutti, chefe de Clínica Obstétrica da mesma maternidade.

O trabalho laureado trata da gravidez prolongada. Duração fisiológica do parto, o seu determinismo, senescência da placenta, conduta do obstetra, experiência de outros autores, são analisados pelo autor. Sua própria contribuição pessoal é baseada em 54 casos, através dos quais conclui que, nos atrasos de 16 a 20 dias, há probabilidade em 15% de haver hiper maturidade fetal, ao passo que nos retardos de 21 a 25 dias essa probabilidade é de 54%. A incidência de óbito fetal intra-uterino é pequena, mesmo nos casos em que o atraso atinge 25 dias.

CONDUTA

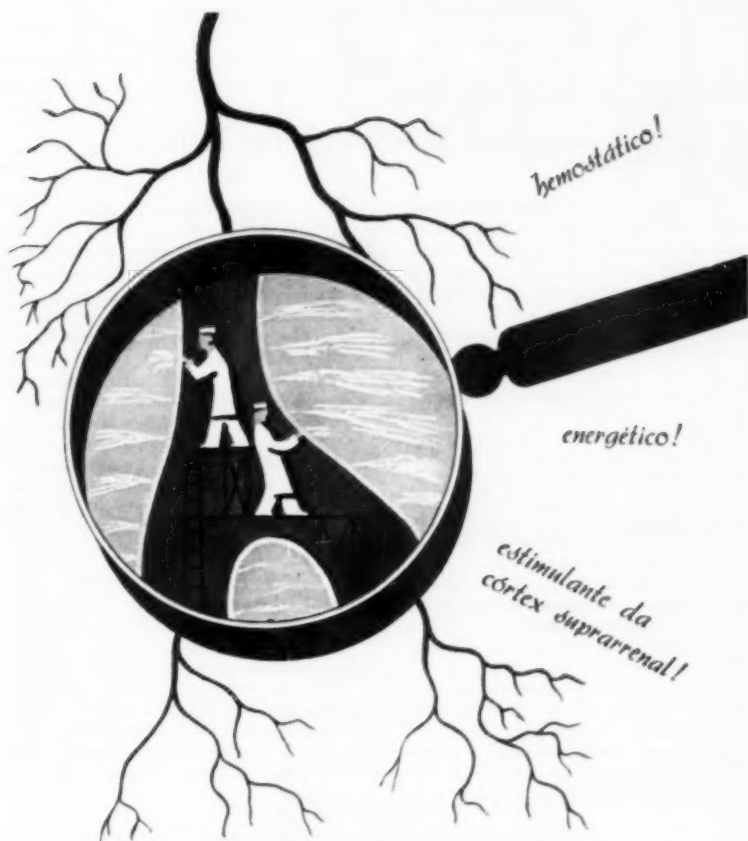
O cálculo da data provável do parto (regra de Naegele), não obstante sua

relatividade, é considerado o elemento clínico mais importante para o diagnóstico da gravidez prolongada, devendo-se analisar tal possibilidade quando são ultrapassados 14 dias dessa data. São reconhecidos com possíveis fatores para o prolongamento a senescência da placenta e a imaturidade das células musculares do útero.

É aconselhada a análise isolada de cada caso, para a conduta terapêutica, procurando-se de modo geral, a indução do parto já atrasado, sobretudo nas primíparas, entre o 14.º e o 21.º dias a partir da data provável.

A operação cesariana é aconselhada nos casos de gravidez:

- 1) muito avançada, com sinais de pronunciada hipoxia fetal;
- 2) prolongada em primíparas idosas;
- 3) prolongada em paciente hipertensa ou toxêmica;
- 4) serodia reincidente, tendo já havido óbito fetal.



PERMIPLAS

Substituto do plasma sanguíneo
Normalizador da permeabilidade capilar

Mono-semicarbazona do adrenocromo (MSA) em solução isotônica de sais minerais, com pH=7

**Choques hemorrágico e não hemorrágico (traumático, tóxico,
cirúrgico e decorrente de queimaduras).**

Prevenção e tratamento de hemorragias operatórias.

Frasco com 500 ml

LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS VICENTE AMATO-USAFARMA S/A. — S. PAULO

Conselho Nacional de Saúde

Sua criação por Decreto do Governador de São Paulo. — Foi criado com a assinatura do decreto respectivo, pelo governador do Estado de São Paulo e pelo secretário da Saúde, o Conselho Superior de Saúde. O novo órgão terá caráter consultivo, essencialmente técnico e será integrado por representantes dos diversos setores interessados nos problemas de saúde pública. Participarão do conselho, entre outros representantes da Faculdade de Higiene, da Secretaria da Saúde e da Associação Paulista de Medicina. A indicação de tais representantes será feita, por cada entidade, pelo sistema de eleição. O conselho foi objeto de estudos e constituiu recomendação ao X Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em 1952, em Belo Horizonte. A comissão que elaborou a minuta do decreto assinado, formada por diretores da Saúde, estava assim constituída: Srs. Ariosto Bueller Souto, José Rosenberg, José de Toledo Piza, Luis Batista, Olavo Desiré Dantas, Osvaldo Vale Cordeiro, Vicente Monetti e Victor Araújo Homem de Melo.

FUNÇÕES PRINCIPAIS

As principais funções do Conselho Superior de Saúde, de acordo com o decreto de sua criação, são as seguintes: elaborar plano geral de saúde e assistência; analisar e indicar soluções para os problemas de saúde e assistência social; emitir parecer sobre as propostas orçamentárias da Secretaria; estudar as modificações da legislação sanitária. Sua existência trará, como consequência a extinção de numerosas comissões, que nem sempre conseguem chegar a resultados concretos.

REGULAMENTAÇÃO

O decreto assinado deverá ser regulamentado em 30 dias, após os quais, por eleição, serão escolhidos os membros do Conselho Superior de Saúde. O organismo passará, então, a atuar, emitindo pareceres sobre todos os problemas pendentes e ditando normas de ação, em casos de rotina e excepcionais.

Curso para técnico em fisioterapia e técnico em terapia

Sua realização sob os auspícios do Instituto de Reabilitação. — Estarão abertas, de 1.º a 30 de dezembro do corrente ano, as inscrições para os cursos para técnico em Fisioterapia e técnico em Terapia Ocupacional, ministrados pelo Instituto de Reabilitação, anexo à Cadeira de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Os cursos têm a duração de dois anos. As aulas, teóricas e práticas,

serão ministradas das 8 às 12 horas e das 13 às 16 horas.

Os candidatos deverão ter 18 anos completos, ter concluído o curso ginasial, 1.º ciclo, e submeter-se a exame de seleção (Português, Matemática e Ciências) e teste psicológico.

As aulas iniciar-se-ão a 15 de janeiro de 1960. Maiores pormenores na Secretaria do Instituto, telefone 8-2161 — ramal 115.



BAXTER

V-14

Novo

**equipamento
para administração
parenteral**

— máxima garantia de qualidade !

Para ser usado uma única vez, o Equipamento para Administração Parenteral Baxter V14 é absolutamente:

- ★ Higiénico
- ★ Inviolável
- ★ Estéril
- ★ Apirogênico
- ★ Econômico

Não permita reações pirogênicas em seus pacientes. Use exclusivamente os Equipamentos Baxter V14 - absoluta proteção contra qualquer contato com o meio externo.

Para administração de sangue, use o Equipamento Baxter V18 - o mesmo equipamento com filtro de nylon.

Ulman - 4.103

Fabricado no Brasil por:

INDÚSTRIAS QUÍMICAS MANGUAL S. A.

Matriz: Rio de Janeiro - Rua Real Grandeza, 293 - Telef.: 46-8050 - Cx. Postal 3.705 - End. Teleg.: "Picot",
Laboratórios: Duque de Caxias (RJ) — Rua Campos, 543

Filial: São Paulo - Rua Ruy Barbosa, 168 - 170 - Telef.: 32-9626 - Enderço Telegráfico: "Baxter"

A Reabilitação na América Latina

Tema defendido por médico brasileiro. — O dr. Renato da Costa Bonfim, representando o Brasil, participou recentemente do Seminário sobre reabilitação, realizado na Dinamarca.

O dr. Renato da Costa Bonfim, além da apresentação do tema "A situação atual dos incapacitados na América Latina", foi relator do trabalho intitulado "O papel e lugar das Organizações Voluntárias".

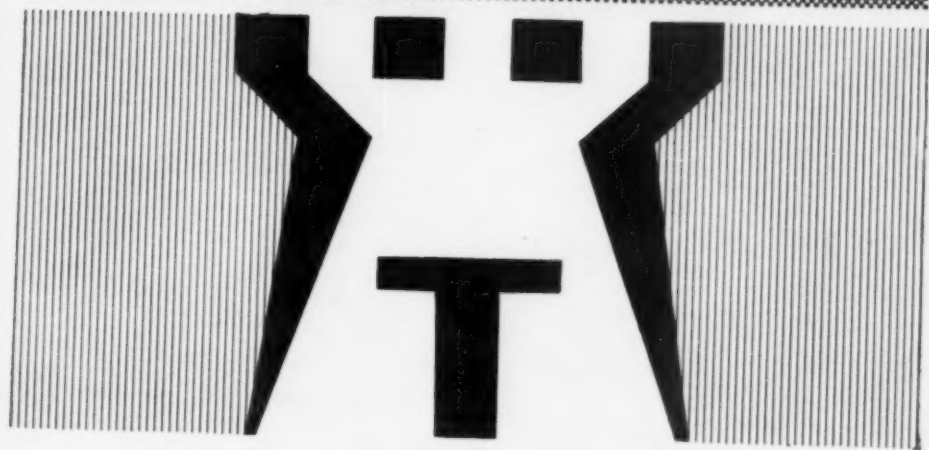
CONGRESSOS MÉDICOS

I Conferência Nacional Sobre Prevenção do Câncer Ginecológico

Sua realização no Rio de Janeiro. — Vão reunir-se de 5 a 7 de novembro do corrente ano, no Rio de Janeiro, as principais organizações nacionais, para cuidarem do assunto que será, prevenção do câncer ginecológico.

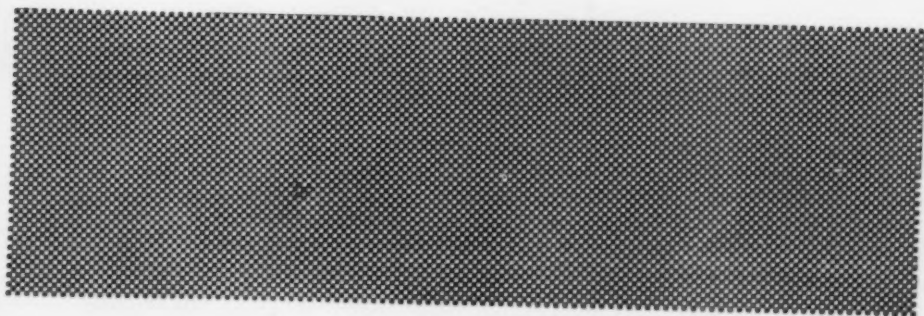
O fato significa que nosso país está atingindo maturidade. O esforço pioneiro de algumas instituições oficiais foi semente que deu árvores. Agora começam a aparecer os frutos. Os primeiros consultórios e ambulatórios, do Serviço Nacional do Câncer, da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, da Faculdade de Medicina de São Paulo — fizeram discípulos. A obra importantíssima do atendimento às enfermas, ao mérito apreciável da assistência médica, do diagnóstico precoce, acrescentou-se o trabalho mais importante do exemplo, da formação de especialistas, do ensino, da catequese. Como capítulo essencial para ampliação da campanha em nosso Brasil, é fundamental a formação de técnicos; a criação de especialistas; a estruturação de uma mentalidade anticâncer; a compreensão verdadeira de que o

câncer é curável mas só o é quando diagnosticado precocemente. Diagnóstico precoce quer dizer diagnóstico na fase assintomática e só pode ser conseguido com os exames especializados — feitos de rotina em todos os casos, suspeitos ou insuspeitos. Mas, para que esses exames possam ser realizados na extensão desejável, torna-se indispensável que esta mentalidade atinja os leigos. É necessário que as mulheres compreendam definitivamente que a única arma verdadeiramente poderosa de que dispõem para o combate ao terrível mal — é o exame sistemático. Isto só pode ser alcançado através de ampla, de gigantesca campanha sanitária educativa. Campanha que tem de ser gigantesca pela extensão. Que deve utilizar todos os recursos publicitários de que dispõe o homem moderno — o rádio, a televisão, a imprensa. Sobreretudo, deve ser constante, diária, permanente. Tem de estar sob a responsabilidade das instituições especializadas. Daí a urgência no preparo de grande número de técnicos e especialistas de qualidade. A benemérita atividade desses centros tem de abranger



TORRES

LABORATÓRIO



ger a assistência médica, a campanha sanitária, a formação de técnicos e especialistas.

*
* *

Muito se tem feito no Brasil. Numerosos os serviços e organizações que já existem. Extraordinariamente meritório o trabalho realizado. Em todas as grandes capitais do país existem organizações com a humanitária finalidade e em muitas várias. São os frutos de que falamos há pouco.

Quantas vezes os dirigentes e o pessoal que executa a tarefa diária realizam verdadeiros milagres de improvisação, de esforço, de resistência, de tenacidade!... Do número elevado de pessoas a atender à precariedade das verbas para pagamento condigno dos auxiliares e técnicos... Da exiguidade de espaço... Da pobreza do material... De tanto sacrifício, de tanto denodo, quanto se poderia dizer... Só mesmo um vigoroso idealismo, um imenso amor ao trabalho, à profissão e à pessoa humana conseguem explicar o fenômeno.

*
* *

Vivemos a era industrial da sociedade. Devemos trabalhar sob a égide da técnica. Do trabalho de equipe. A Medicina como atividade profissional do precípuo interesse do cidadão e da sociedade — eminentemente científica — apresenta, na atualidade, estas características essenciais.

Não se justifica a aceitação pacífica das más condições de trabalho que exigem um imenso sacrifício pessoal e produzem resultado insatisfatório. Uma produção baixa. Que não condiz com o esforço realizado. Entre os novos deveres do cidadão, do médico, alinha-se o de lutar pelo bom exercício da Medicina. A obrigação de exigir condições dignas de trabalho, condizentes com as normas da técnica atual. É o médico quem tem conhecimento da causa das deficiências, conhece os erros, sabe como corrigi-los. É seu dever moral indeclinável

lutar contra eles, de todas as formas, sob pena de ser conivente, de pecar por omissão. É uma luta em defesa da Medicina, em benefício do enfermo.

Faz-se mister o comparecimento de todas as entidades nacionais que tratam do assunto: para unificar a forma de trabalho, para aperfeiçoamento recíproco, para corrigir falhas, para elevação do nível assistencial das menos dotadas, para que possam ser homenageados os pioneiros desta luta — credores da gratidão da classe médica e da nação brasileira.

O certame será realizado sob os auspícios da Sociedade Médica do Centro de Pesquisas Luísa Gomes de Lemos e da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Brasil, e com a participação de especialistas de vários Estados que em mesa-redonda abordarão os seguintes temas:

5.^a-feira — dia 5 de novembro — à noite — *Métodos de diagnóstico precoce e de prevenção do câncer ginecológico.*

6.^a-feira — dia 6 de novembro — de manhã — *Prevenção e diagnóstico precoce de câncer de mama.*

— à noite — *Conceito e diagnóstico do carcinoma "in situ".*

Sábado, dia 7 de novembro, — de manhã — *Tratamento do carcinoma "in situ".*

Além dos participantes das mesas-redondas que serão convidados, a comissão organizadora aceitará contribuições aos temas a serem representados, na fase da discussão. Estas serão limitadas ao máximo de 4 (quatro) por sessão e a sua apresentação não poderá ultrapassar 6 (seis) minutos.

Após a sessão de encerramento, no sábado dia 7 de novembro, haverá um almoço de confraternização.

INSCRIÇÃO: Cr\$ 500,00

Informações:

Sociedade Médica do Centro de Pesquisas Luísa Gomes de Lemos

Rua Visconde de Santa Isabel, 274
— Rio de Janeiro.

INSTITUTO RADIOLÓGICO "CABELLO CAMPOS"

Radiodiagnóstico e Radioterapia

Diretor: Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)



RUA MARCONI, 94 - 2.º andar — Telefone 34-0655
SÃO PAULO

STRYCHNANEURIN B₁₂

(VITAMINA B₁₂+VITAMINA B₁+SULFATO DE ESTRICNINA)

Tônico neuro-muscular por excelência

Strychnaneurin B₁₂ 50 mcg

(1 mg Sulfato de Estricnina + Vitamina B₁ + Vitamina B₁₂)

Strychnaneurin B₁₂ 100 mcg

(2 mg Sulfato de Estricnina + Vitamina B₁ + Vitamina B₁₂)

Strychnaneurin B₁₂ 500 ou 1.000 mcg

(2 mg Sulfato de estricnina + 100 mg Vitamina B₁ + Vitamina B₁₂)

DRÁGEAS DE DOSAGEM ÚNICA



Amostras e literatura à disposição dos Srs. Médicos

LABORATÓRIO NOVOTHERAPICA S. A.

Rua Pedroso de Moraes, 977 — Fone 80-2171 — São Paulo

Instituto de Cardiologia

XVIII Curso Intensivo de Cardiologia

O Instituto de Cardiologia do Estado de São Paulo realizará, em janeiro de 1960, o XVIII Curso Intensivo de Cardiologia, organizado por seus diretores Drs. Dante Pazzanese e L. Mendonça de Barros. As aulas serão ministradas pelos seguintes especialistas: Olavo Pazzanese, Sílvio Bertachi, Alberto R. Ferreira, Astolfo Araújo, J. Cintra de Andrade, Prof. Rafael Faro Neto, Cantídio de Moura Campos Filho, Josef Feher, Marly Macedo Coda, Hugo Felipozzi, Maria Victoria Martin, Adauto Barbosa Lima, José Hortêncio Medeiros Sobrinho, André Nicolai, Frederico Soares de Camargo, Oscar Portugal, Moris Chansky e Cláudio Storti.

Especialmente convidados, darão aulas os professores A. C. Pacheco e Silva, Benedito Montenegro, Euryclides de Jesus Zerbini e Sílvio Carvalho.

Para melhor aproveitamento, o Curso foi desdobrado em duas partes, podendo os interessados fazer as duas sucessivamente ou apenas uma delas, à sua escolha.

I — CURSO DE INICIAÇÃO EM CARDIOLOGIA

Para melhor aproveitamento, o rem aperfeiçoar e atualizar seus conhecimentos de Cardiologia ou que desejarem se iniciar nessa especialidade.

Terá cunho eminentemente prático, compreendendo as noções essenciais de propedêutica, radiologia, eletrocardiografia e outros métodos de exame, e terapêutica. Ênfase especial será dado ao exame de doentes, ao diagnóstico e ao tratamento. Para melhor aproveitamento do tempo haverá aulas de manhã e à noite, ficando as tardes reservadas para o exame de doentes.

O programa do Curso será o seguinte:

I — MÉTODOS DE EXAME

- A) Exame clínico — sistematização.
- B) Exame radiológico — noções essenciais.
- C) Exame eletrocardiográfico — noções essenciais.
- D) Principais exames de laboratório usados em Cardiologia.

II — FATORES ETIOLÓGICOS

- A) Febre reumática.
- B) Sífilis.
- C) Moléstia de Chagas.
- D) Hipertensão arterial.
- E) Arteriosclerose e aterosclerose.
- F) Malformações congênitas.
- G) Demais fatores etiológicos: afecções pulmonares, infecções, endocrinopatias, etc.

III — AFECÇÕES CARDÍACAS

- A) Lesões valvulares: diagnóstico, terapêutica e indicação cirúrgica.
- B) Malformações congênitas: diagnóstico, terapêutica e indicação cirúrgica.
- C) Angina e enfarte: diagnóstico clínico e eletrocardiográfico.
- D) Endocardites e pericardites.
- E) Cór pulmonale agudo e crônico.

IV — SÍNDROMES CARDIOVASCULARES E SEU TRATAMENTO

- A) Insuficiência cardíaca: diagnóstico e tratamento.
- B) Angina e enfarte: tratamento.
- C) Tratamento da hipertensão arterial.

NOVA ERA NA TERAPÊUTICA PELOS ANTI-HISTAMÍNICOS

POLARAMINE { REPETABS
Comprimidos
Líquido

O anti-histamínico de escolha
em *tôdas* as manifestações alérgicas

- * *Afecções alérgicas do aparelho respiratório*: rinite alérgica — certos casos de asma — resfriado.
- * *Reações medicamentosas* causadas por: sulfonamidas — antibióticos de amplo espectro — penicilina — sôros.
- * *Afecções alérgicas cutâneas*: dermatite de contacto e atópica — eczema alérgico — prurido anal e vulvar — prurido de origem não específica — urticária — angioedema — picadas de inseto.
- * *Alergias alimentares*.
- * *Enxaqueca*.

EMBALAGENS ORIGINAIS

POLARAMINE REPETABS — Frasco com 12 Repetabs de 6 mg

POLARAMINE comprimidos — Frasco com 20 comprimidos de 2 mg

POLARAMINE líquido — Vidro com 100 cm³



INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA SCHERING S/A

Rio de Janeiro — São Paulo — Pôrto Alegre — Belo Horizonte — Juiz de Fora
— Salvador — Recife — Fortaleza — Curitiba

- D) Tratamento das arritmias.
- E) Choque periférico: diagnóstico e tratamento.
- F) Urgências em cardiologia: diagnóstico e tratamento.

II - CURSO DE ELETROCARDIOGRAFIA E VETORCARDIOGRAFIA

Para CARDIOLOGISTAS, como complemento do Curso precedente e para os CLÍNICOS que desejarem se especializar em eletrocardiografia.

O programa será o que se segue:

- 1 - Eletrofisiologia (2 aulas).
- 2 - Estudo da ativação normal.
- 3 - Eletrocardiografia: aparelhos e derivações.
- 4 - Vetorcardiografia: aparelhagem e principais métodos de derivação.
- 5 - Eletrocardiograma e vetorcardiograma normais.
- 6 - Eixos de P, QRS, S-T e T.
- 7 - Crescimentos auriculares: estudo vetorcardiográfico e eletrocardiográfico.
- 8 - Hipertrofias ventriculares: estudo vetorcardiográfico e eletrocardiográfico (2 aulas).
- 9 - Bloqueio do ramo direito: eletro e vetorcardiograma.
- 10 - Bloqueio do ramo esquerdo: eletro e vetorcardiograma.
- 11 - Isquemia, lesão e necrose: estudo eletrofisiológico.
- 12 - Eletrocardiografia e vetorcardiografia no enfarte: caracteres gerais e evolução.
- 13 - Eletrocardiografia e vetorcardiografia nas várias localizações do enfarte.
- 14 - Enfarte com bloqueio de ramo.
- 15 - Pericardite e embolia pulmonar. Cór pulmonale crônico.
- 16 - Arritmias.
- 17 - Eletrocardiografia e vetorcardiografia na hipertensão arterial e lesões aórticas.
- 18 - Eletrocardiografia e vetorcardiografia nas lesões mitrais e tricúspides. Post-operatório.
- 19 - Eletrocardiografia e vetorcardiografia nas lesões congênitas acianóticas.
- 20 - Eletrocardiografia e vetorcardiografia nas lesões congênitas cianóticas.
- 21 - Eletrocardiografia e vetorcardiografia nas alterações metabólicas, endócrinas e infecciosas.

Este Curso irá de 18 a 28 de janeiro de 1960. Taxa de inscrição: Cr\$ 1.000,00.

Para os alunos que freqüentarem os dois Cursos, haverá uma taxa única de Cr\$ 2.000,00.

As taxas de inscrição para o XVIII Curso Intensivo poderão ser remetidas ao Fundo de pesquisa do Instituto de Cardiologia do Estado.

Os candidatos interessados deverão provar sua qualidade de médico.

Aos alunos que tiverem a freqüência exigida, será fornecido um certificado e os que desejarem, poderão fazer estágio no Instituto, após o Curso.

Informações e inscrições com o Dr. Dante Pazzanese, Diretor Geral do Instituto de Cardiologia, Avenida 8 de Novembro, s/n., Ibirapuera, Caixa Postal 215, Estado de São Paulo, Capital.

Sanatório São Lucas

Fundação para o progresso da Cirurgia

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitinguí, 80 - Telefone: 37-2515 - São Paulo - Brasil

"NOTAS DE FITOTERAPIA"

Catálogo de plantas utilizadas em Medicina e Farmácia. Dados principais: origem, sinonímia, parte usada, principais caracteres e constituintes químicos, usos farmaco-terapêuticos, formas farmacêuticas habituais, posologia, preparações extemporâneas obtidas de extrato fluido, etc. Seguido de memento terapêutico e índice poliglota.

1.^a edição — 1942 (esgotada).

FARMCO. RAUL COIMBRA

2.^a edição (revista e aumentada) 1958 — pelo

PROF. FARMCO. E. DINIZ DA SILVA,

(Catedrático de Farmácia Galênica da Faculdade Nacional de Farmácia da Universidade do Brasil e Catedrático de Farmacognosia da Faculdade de Farm. e Odontologia do Estado do Rio)

432 páginas ★ Preço: Cr\$ 400,00

~ ☆ ~

Edição do

LABORATÓRIO CLÍNICO SILVA ARAÚJO S. A.

Caixa postal, 163. End. Electr. "BIOLABO" — Rio de Janeiro.

Em São Paulo pedidos a nossa filial à Rua Teixeira Leite, 292

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Transfusão de medula (óssea) e irradiação maciça. — Foram referidos recentemente às Nações Unidas, em Nova Iorque, progressos sensacionais no tratamento de pacientes submetidos a doses maciças de radiações ionizantes, por meio de transplante de medula.

A dificuldade principal está no fato do sistema hemático do homem reagir imediatamente à presença do material protéico estranho com uma produção de anticorpos que o destroem.

Esta é, entre outras, a razão pela qual os enxertos de pele ou de órgãos não são tolerados permanentemente a não ser que os doadores e receptadores sejam gêmeos omozigotos.

Uma irradiação em dose superior a 400 r é fatal porque destrói o mecanismo hematopoiético da medula óssea e a capacidade de formar anticorpos.

Teoricamente deveria ser possível curar muitos casos de lesões de radiações, injetando células de medula óssea de doadores no período em que a formação de anticorpos no receptor está bloqueada. Nos casos de leucemia, em que a medula produz células anormais, poder-se-ia destruir deliberadamente a medula com uma irradiação maciça e proceder depois à sua substituição por medula sã. O método já foi experimentado com êxito em animais, mas no homem, o sistema de produção dos anticorpos, muito mais seletivo e sensível, se refaz frustrando a tentativa de transplantar células estranhas.

Foi obtido, porém, recentemente, um grande sucesso que queremos referir. O dr. Henry Jannet, de Paris, comunicou às Nações Unidas de Nova Iorque o caso de 6 cientistas atômicos que foram expostos a uma dose, normalmente letal, de radiações, em

um grave incidente ocorrido em Winca, centro atômico iugoslavo.

As vítimas foram imediatamente transportadas por via aérea para o Hospital Curie de Paris. O caso mais leve (400 r) teve remissão com o tratamento clássico: transfusões, dieta, proteção contra as infecções. Para os outros 5 que tinham náusea, vômitos, e uma alarmante queda dos elementos hemáticos, o dr. Jannet decidiu aplicar remédios heróicos.

Foram extraídos de doadores voluntários, sob anestesia geral, 200-300 cc de medula de cada um, por meio de umas 20 punções, praticadas no esterno e nos ossos ilíacos e imediatamente transfundidos na veia das 5 vítimas. Uma delas, que tinha absorvido aproximadamente 1 000 r morreu; as outras 4, contudo, sobreviveram, graças às células injetadas, até que as suas medulas se recuperassem.

Acham-se atualmente em convalescença, em casa. Para ter maior probabilidade de sucesso o dr. Jannet escolheu os doadores baseado em uns 10 fatores do grupo sanguíneo e procurou que tivessem até mesmo a cor dos cabelos, dos olhos e o tipo somático iguais.

Como se sabe que a medula congelada conserva-se pelo menos seis meses, o dr. Jannet sugere que todos que trabalham com os reatores nucleares fariam bem em deixar-se extrair medula e guardá-la em frigorífico, para o uso eventual em caso de acidente. Este princípio do transplante autoplástico é também a base dos mais recentes esforços americanos para deter o curso das leucemias.

Uma menina de 4 anos, recuperada no Mary Imogene Bassett Hospital de Cooperstown N. I. estivera desenganada e os anti-leucêmicos não tinham dado mais nenhum resultado. O dr. E. Donnal Thomas, como foi por ele comunicado em uma reunião

AMINO-CRON

— TÓPICO —

Succinato de sulfanilamida sódica	6,25 g
Mercurocromo	2,00 g
Glicerina	5,00 g
Água fervida	100 cm ³

*No tratamento tópico das infecções
estrepto-estafilocócicas*

AMINO-CRON

— CIRÚRGICO —

Sulfanilamida — Mercurocromo — Alcool — Acetona.

*Uso tópico, pré-operatório —
Assepsia local*



LABORATÓRIO YATROPAN S. A.

Av. Brigadeiro Luís Antônio, 290 — Telefones: 35-8485 e 35-1013

da Sociedade Americana de Câncer realizada em Excelsin Spring, Missouri, expôs a criança entre duas bombas de cobalto, equivalentes a aparelhos radiológicos de 2 000 000 de volts e lhe subministrou 800 r, dose até então nunca absorvida intencionalmente por seres humanos. Em seguida lhe injetou medula da sua irmã gêmea omozigota. A pequena paciente está viva e parece estar bem. Os cabelos lhe caíram depois da irradiação maciça, mas já cresceram novamente.

Como não é freqüente a possibilidade de ter um gêmeo uniovarlar que possa servir de doador, o dr. Thomas tentou, em outra criança, obter êxito, injetando células de medula fetal, proveniente de aborto terapêutico, uma vez que elas raramente desencadeiam reação imunitária.

É, porém, muito cedo para emitir um juízo sobre os resultados assim obtidos.

Um grupo de pesquisadores da Universidade de Harvard por seu turno, baseando-se no fato que os anti-leucêmicos atuais, como os antifólicos, a mercaptopurina, e os cortisonícos, geralmente conseguem restaurar, pelo menos por algum tempo, as condições hemáticas das crianças afetadas, mesmo de formas graves, tentaram resolver o problema de uma terceira maneira. Retiram medula óssea das próprias doentes, durante as remissões obtidas com a farmacoterapia, submetem-na a congelação até que o medicamento tenha perdido a sua atividade, depois re-injetam essa medula nas pacientes após a irradiação maciça com 600 r. A New England Journal of Medicine refere que um caso foi um insucesso evidente, o segundo morreu, mas sem sinais de leucemia, enquanto que o terceiro voltou para casa, viveu durante alguns meses, morrendo todavia, depois, por outra complicação.

Independentemente do método usado, todos estes pesquisadores não podem dizer quanto poderão durar as remissões por eles obtidas porque mesmo nos casos de transplante autoplástico não podem estar certos de que a medula injetada fosse tão sã como parecia.

O dr. Thomas e colaboradores são de opinião de que, se o método se mostra realmente eficiente para a leucemia, poderá ser usado com vantagem também em outras formas de câncer generalizado.

Poder-se-á então esterilizar com doses normais o paciente canceroso protegendo-o depois com transfusões de medula.

Litíase das vias urinárias. — Uma revista dos casos do Marienkrankenhaus em Helsinkí nos anos de 1954-1956 — dr. Anne Sallinen — Em 2 fascículos, tratando o 1.º da litíase das vias urinárias superiores (265 casos) e o 2.º das inferiores (22 casos).

Estuda o autor a incidência, as doenças ou condições predisponentes, como profissão, idade, sexo, etc.; sintomas, exames de sangue e urina, composição do cálculo, formas de tratamento, complicações e mortalidade. Acompanha bibliografia extensa.

As síndromes neuro-psíquicas de carência alimentar. — Drs. Giuseppe Pintus, Alberto Muratorio e Aldo Giannini — Edições Omnia Médica, Pisa — 1959.

A carência de substâncias nutritivas conduz, primeiramente, a perturbações funcionais do sistema nervoso e com a continuação, a alterações morfológicas e histológicas diversas, conforme o tipo e as modalidades de carência.

Dentre tôdas as substâncias alimentares as mais importantes, pelo menos as mais conhecidas e melhor estudadas, são as vitaminas.

Os autores fazem um estudo pormenorizado das conseqüências que, como eventualidades clínicas, como afecções do sistema nervoso, são atribuídas à falta de uma quota suficiente desses elementos vitais.

Descreve as diversas síndromes neuro-psíquicas demorando-se na sintomatologia, patologia e trazendo comprovações de achados de necropsia. O tratamento é indicado para cada caso. Bibliografia copiosa.

BIOSERINA

Que é Bioserina ?

— É uma associação de Novocaina e extrato potencializado de órgãos.

Qual a importância e interesse da associação ?

— O extrato de órgãos por si só, é poderoso fator de melhoria das condições glandulares, nervosas e vasculares de indivíduos senis, restabelecendo a vivacidade, a disposição e elasticidade, além de possuir notável ação anti-tóxica, anti-alérgica e protetora da célula hepática.

O extrato de órgãos tem ação sinérgica e potencializadora sobre os efeitos eutróficos, revitalizantes e de recuperação orgânica apresentados pela Novocaina.

Quais os resultados do emprego de Bioserina ?

— Bioserina determina:

- a) *Desaparecimento da sintomatologia dolorosa.*
- b) *Melhora dos movimentos articulares.*
- c) *Melhora do quadro da artério-esclerose.*
- d) *Melhora das condições cárdio-circulatórias.*
- e) *Melhora das condições psíquicas.*

FÓRMULA:

Cloridrato de Novocaina	0,100 g.
Extrato potencializado de órgãos	5 ml.

INDICAÇÕES:

Profilaxia e tratamento dos transtornos de senilidade — Artério-esclerose — Hipertensão arterial — Artropatias — Caducidade — Dores e nevralgias em geral.

Um produto garantido com a marca CLIMAX



LABORATÓRIO CLIMAX S.A.

Rua Joaquim Távara, 651 - 780 — São Paulo, Brasil

Uropol

• para o controle das infecções
do trato urinário

FÓRMULA



Cada cápsula contém :

Fosfato complexo de Tetraciclina, o equivalente a cloridrato de tetraciclina	125 mg
Sulfametiltiadiazol	250 mg
Cloridrato de fenilazodiamina Piridina	50 mg

*ação antibacteriana
sistêmica e local*



LABOR TERAPICA-BRISTOL S.A.

Ind. Quím. e Farm. - R. Carlos Gomes, 924 - São Amaro (S. Paulo)

Aspectos cirúrgicos da patologia do intestino delgado (*)

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

(Diretor do Sanatório São Lucas)

A finalidade desta comunicação é focar uns tantos aspectos da patologia cirúrgica do intestino delgado que são mais contraditórios na prática corrente. Naturalmente que não vamos percorrer toda a patologia do delgado. Vamos apenas passar em revista algumas daquelas afecções de ordem cirúrgica que são mais comuns e que, por isso, merecem a atenção do médico prático.

Entre as afecções do intestino delgado, algumas há que são encontradas em qualquer uma das suas porções; outras, entretanto, são peculiares a determinadas localizações devendo ser consideradas à medida que forem sendo percorridos os diversos segmentos dessa parte do tubo digestivo.

Dentre as afecções cirúrgicas que podem surgir em qualquer porção do intestino delgado, podemos apresentar em primeiro lugar os tumores malignos, mas, mesmo em se tratando de tumores malignos, podemos verificar que há certa preferência regional, tanto que, na primeira porção do delgado, no duodeno, encontramos geralmente tumores da linha carcinomatosa, ao passo que no intestino móvel, no íleo ou no jejuno, vamos encontrar de preferência tumores da linha sarcomatosa.

Os tumores que afetam o duodeno têm uma sintomatologia muito escassa, confundindo-se com a sintomatologia pobre e monótona de quase todas as afecções duodenais, não dando orientação clínica para um diagnóstico diferencial mais ou menos seguro.

Só a radiologia é que nos pode orientar no estabelecimento de um diagnóstico. O tratamento dos tumores do delgado varia de acordo com a sua sede, porquanto a remoção dos tumores do duodeno apresenta dificuldades técnicas bastante acentuadas ao passo que os tumores da parte móvel, do íleo e do jejuno, são facilmente ressecáveis e em tais casos se pode obter resultados muito satisfatórios à

(*) Palestra realizada em 9 de maio de 1959, durante a VI Jornada Médica de Maringá, Paraná.

distância, se a nossa intervenção é mais ou menos precoce. Temos caso de tumor do delgado operado em 1946 e que se acha curado até hoje. Tratava-se de uma enfermo que se apresentou em nosso Serviço hospitalar com uma suboclusão intestinal; havia um tumor do íleo que foi ressecado, dando-nos êsse resultado magnífico de uma sobrevida de 13 anos. Já nos tumores do duodeno a sobrevida longa é muito difícil, mesmo que se faça com sucesso uma ressecção ampla, pois nós vamos observar perturbações digestivas bastante acentuadas principalmente em relação às secreções do pâncreas e mesmo às do fígado. Ainda que não haja recidiva, a sobrevida em geral não é longa.

Outra afecção que pode se localizar em qualquer parte do intestino delgado é a parasitose capaz de produzir a obstrução. Referimo-nos aos bolos de ascárides que podem conduzir o doente a uma intervenção cirúrgica. Essa afecção é relativamente freqüente nos meios rurais em virtude de grande infestação ali existente e é mais freqüente na criança do que no adulto. As ascárides podem se enovelar em qualquer parte do intestino delgado, mais particularmente no íleo, por causa do seu calibre menor, e então a obstrução aí se processa conduzindo o enfermo à mesa cirúrgica. O tratamento da obstrução por ascárides às vêzes exige que se faça a enterotomia, visto que nem sempre se consegue mobilizar o bólo verminoso e fazer com que se desfaça o novêlo que está obstruindo a luz do intestino. As vêzes isso é possível e podemos então depois do ato cirúrgico, por meio de vermífugos adequados, conseguir que o indivíduo fique livre da sua parasitose. Mas geralmente quando há um processo agudo de obstrução, ou mesmo subagudo, torna-se necessário abrir o intestino delgado e daí retirar as ascárides que se acham enoveladas.

Outra afecção mais ou menos comum que conduz o doente à mesa operatória consiste na formação de bridas que comprimem o intestino delgado dando então sintomas de oclusão sub-aguda ou obstrução total. Essas bridas podem ser de origem congênita ou podem ser de origem posoperatória. As bridas congênicas são sem dúvida de diagnóstico préoperatório bastante difícil, porquanto em geral o quadro clínico é o quadro geral da parada do trânsito intestinal e o médico pode apenas chegar ao diagnóstico de obstrução intestinal, ao passo que nas bridas posoperatórias já o médico pode ir mais além, sugerindo que sejam elas o motivo em causa, o que é uma orientação prévia de valor para o ato cirúrgico a ser praticado. Tanto num como noutro caso, se o doente fôr atendido precocemente, a terapêutica consiste unicamente na secção ou remoção das bridas e conseqüentemente na libertação do intestino que está por elas estrangulado; entretanto, quando o processo é mais antigo, e isso pode ocorrer com uma certa freqüência nos meios rurais onde o doente nem sempre pode acorrer precocemente a um serviço de cirurgia, muita vez é necessário fazer-se a ressecção de uma porção do intestino que estava enclausurada e que se acha já sem vitalidade.

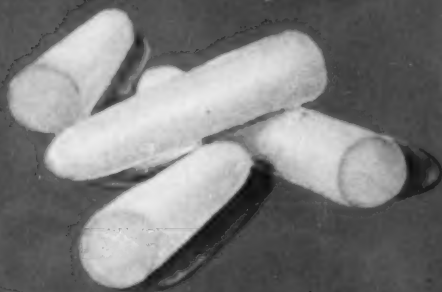
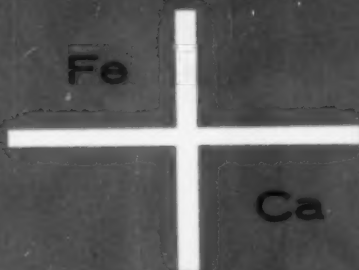
Simple e
Eficaz

Pre-gel

GEL VAGINAL

Johnson & Johnson





Rarical

CITRATO DE CÁLCIO FERROSO

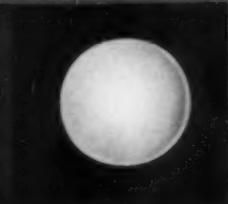
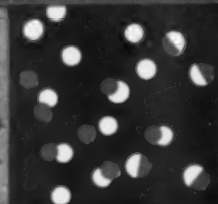
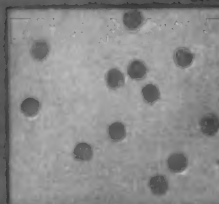
NOVO E SINGULAR

composto químico,
com as seguintes
características:

FERRO e CÁLCIO
numa só molécula

MAIS Hemoglobina
em **MENOS** tempo

Completa ausência
de chumbo e de
efeitos secundários



* Cada
comprimido contém
25 mg. de ferro
e 83 mg. de cálcio

Johnson & Johnson

8-6777

Outra afecção que pode atingir a qualquer porção do intestino são os ferimentos por arma branca ou por bala. Podemos encontrá-los tanto no duodeno como no jejuno ou no íleo e às vezes eles são múltiplos, de sorte que quando o cirurgião tem que intervir num caso de ferimento abdominal por bala ou por arma branca, ele deve fazer um exame completo de todo o intestino a fim de verificar quantas lesões esse intestino pode apresentar. Isso é uma conduta impositiva: o cirurgião não deve se limitar apenas a considerar a primeira lesão que cai sob suas vistas, tem, forçosamente, que fazer uma revisão da cavidade abdominal. Se a intervenção é precoce, logo depois de ocorrido o acidente, a conduta de simples sutura dos orifícios encontrados pode ser satisfatória, e a drenagem, aconselhada por uns e condenada por outros, talvez seja a conduta mais razoável, mesmo que tenhamos segurança quanto à sutura feita ou mesmo que a lesão seja relativamente pequena e então podemos nos limitar a uma drenagem com borracha (penrose) uma drenagem pouco molesta, apenas para nos dar advertência sobre qualquer complicação posoperatória que possa surgir. Quando há lesões múltiplas ou quando as lesões já são atendidas tardiamente, já com processos peritoníticos produtivos, a simples drenagem da cavidade peritoneal talvez seja a conduta mais razoável e nessas circunstâncias temos a obrigação de lançar mão de todos os recursos complementares que se acham ao nosso dispor, não só recorrendo aos antibióticos de ação mais nítida sobre os germes do intestino, como a Quemicetina, a Terramicina, a Farmicetina, a Tetraciclina, etc., mas também recorrendo a outras medicações, não só anti-infecciosas, como o Electrargol, mas ainda recorrendo às que favoreçam o peristaltismo intestinal entre as quais está o próprio Electrargol, a Prostigmine, o soro cloretado, etc. Essas são indicações que devem ser impositivas em todo processo peritonítico de origem intestinal. Devemos lembrar, de passagem, uma terapêutica cirúrgica das peritonites que está tendo curso em quase todos os grandes centros cirúrgicos, acusando resultados satisfatórios e que é a operação de Noble; consiste no acolamento das alças inflamadas, de forma a criar aderências de uma maneira sistematizada e não de uma maneira acidental e irregular que talvez acarretasse obstruções, como acontece muitas vezes quando se deixa o intestino a seu belo prazer.

Além dos ferimentos por arma de fogo ou por arma branca, podemos encontrar a rutura do intestino delgado por contração forte ou contusão da parede abdominal. É o que se chama o estalido intestinal, que nada mais é do que a rutura da parede por compressão interna dos gases. É esse um diagnóstico que deve merecer a atenção do médico, prático, porquanto essas rupturas do intestino não são tão raras como se poderia a princípio pensar. Com efeito basta lembrar a rutura de intestino produzida pela taxis na redução de uma hérnia, seja ingüinal, seja umbilical. Já tivemos a ocasião de encontrar um caso em que a rutura do intestino delgado se dera por uma manobra de taxis feita pelo próprio doente, na ansiedade de se ver livre de

uma hérnia ingüinal estrangulada. Esse caso foi operado tardiamente, já com peritonite franca, grande quantidade de matéria fecal na cavidade abdominal e morte, que sobreveio fatalmente em poucas horas.

São essas, de uma maneira geral, as afecções cirúrgicas que podem ocorrer em qualquer porção do intestino delgado.

Passemos agora a considerar de uma maneira particular as afecções mais comuns em cada uma das porções do delgado, expondo a orientação que nos parece mais aconselhável diante de cada caso.

Se tomarmos o duodeno, vamos verificar que a sua afecção mais comum é a úlcera, em geral assestada na sua primeira porção, ao nível do bulbo, mas que pode ocorrer também, em 2% dos casos, na sua segunda porção — a úlcera chamada extra-bulbar. O tratamento da úlcera duodenal tem sido muito discutido em todos os centros médicos. E ainda há divergência bastante grande quanto à melhor conduta, principalmente nos casos iniciais. Há alguns que acham que a úlcera duodenal pode ser tratada satisfatoriamente pelos clínicos, ficando apenas os casos de complicação — a úlcera estenosada, a úlcera hemorrágica, a úlcera perfurada — para os domínios do tratamento cirúrgico. Entendem outros que o tratamento clínico é apenas um paliativo, que só por certo período de tempo pode dar um bem estar satisfatório ao indivíduo. Nos hospitais norte-americanos, em geral apenas 16% dos casos de úlcera duodenal são levados à mesa operatória. É essa a estatística da Mayo Clinic; em outros centros cirúrgicos, a incidência operatória é mais ou menos semelhante. Entre nós, principalmente nos grandes centros, a conduta cirúrgica está sendo mais indicada do que o atendimento clínico, mesmo nos casos que não apresentam complicações.

Outra afecção do duodeno bastante freqüente é a condição anatómica representada pelo divertículo. O divertículo do duodeno, mesmo aqueles que não se apresentam infectados ou inflamados, dão uma sintomatologia semelhante à sintomatologia da úlcera e às vezes é difícil se fazer uma diferenciação entre os sintomas decorrentes de um divertículo e os sintomas decorrentes de uma úlcera. Em geral o divertículo é um achado radiológico e ele por si só, sem qualquer outra afecção do duodeno, constitui um verdadeiro tormento para o enfermo e assim o divertículo do duodeno é uma condição dos domínios da cirurgia, mesmo que não se apresente com inflamação evidente. A conduta antigamente aconselhada da diverticulotomia está se tornando cada vez mais abandonada para serem resolvidos os casos clínicos por meio da gastrectomia, isto é: do desvio do trânsito alimentar que passa a ser feito diretamente do estômago para o jejuno. Mesmo quando apresentam estado inflamatório, este regride rapidamente se o bólo alimentar não passa mais pelo duodeno e então vamos ter o desaparecimento completo dos sintomas que molestavam o enfermo. Hoje em dia essa conduta da gastrectomia para tratamento dos divertículos do duodeno, conduta que vimos

usando desde 1943, está sendo generalizada e já há muitos médicos de grandes centros cirúrgicos que a aconselham como uma conduta ideal. No jejuno os divertículos são praticamente assintomáticos e dificilmente apresentam processos inflamatórios. Assim, a conduta do cirurgião quando encontra um divertículo do jejuno, é deixá-lo como está, sem qualquer tentativa de extirpação.

No jejuno existe também uma afecção que nós podemos encontrar com certa freqüência e que é uma afecção produzida pelo próprio cirurgião: é a úlcera jejunal posoperatória, em consequência a intervenções sobre o estômago. Como se sabe, antigamente era muito freqüente fazer-se a gastrocaterostomia ou, melhor: a gastro-jejunostomia para tratamento das úlceras do duodeno e então a freqüência de úlcera posoperatória no jejuno era bastante grande. Hoje, com a orientação resseccionista ampla do estômago nos casos de úlcera duodenal, diminuiu a freqüência das úlceras jejunais posoperatórias; entretanto elas ainda podem ser encontradas e constituem uma afecção que deve merecer a atenção do cirurgião.

Quando aparece uma sintomatologia dolorosa bastante intensa, após uma operação do estômago, ele deve estar advertido de que pode encontrar uma úlcera jejunal posoperatória e lembrar-se que essa úlcera tende à perfuração. Qual será a conduta diante dessa eventualidade? Há alguns que pensam em resolver o problema fazendo a vagotomia; em muitos casos isso realmente dá resultado pois a cinética do côto gástrico é sensivelmente diminuída e pode então haver um repouso que auxilia a cicatrização da úlcera, mas na grande maioria dos casos, essa úlcera, embora se torne às vezes indolor, persiste após a vagotomia e pode até evoluir para a perfuração, dando aquela sintomatologia aguda que exige atendimento cirúrgico imediato e conveniente, pois senão teremos a peritonite e a morte. A conduta mais aconselhável diante da úlcera jejunal posoperatória é a da rerressecção gástrica, procurando refazer a boca anastomótica, seja com uma pequena ressecção gástrica e ressecção de uma parte do jejuno, seja mesmo conservando essa porção ulcerada do jejuno para anastomosar o estômago um pouco abaixo da lesão. Esta conduta conservadora de se deixar a lesão só deve ser encarada nos casos em que encontramos uma úlcera na borda mesial do jejuno, infiltrativa, grande, de 2,3 centímetros de diâmetro, com grande reação inflamatória nas vizinhanças e cuja extirpação poderia trazer problemas bastante graves, como por exemplo os problemas da irrigação futura do intestino delgado. Nesses casos podemos deixar a úlcera "in situ" fazendo sobre ela uma tunelização do intestino apenas para passagens das sacreções biliárias, pancreáticas e duodenais, o que não oferece nenhum inconveniente, mesmo que a luz nessa porção do intestino se torne bastante exígua. Uma nova anastomose gastro-jejunal a juzante vai permitir o seguimento do bólo alimentar sem nenhum inconveniente. Dessa maneira temos resolvido alguns casos bastante graves de úlcera jejunal posoperatória.

Afeções do intestino delgado em 39.022 doentes internados no Sanatório São Lucas (1939-1958)

<i>Condições congênicas:</i>	
Mesentério comum	8
Atresia	1
Enterocele	1
Metaplasia da mucosa gástrica	1
	11
<i>Divertículos:</i>	
Do duodeno	57
De Meckel	20
Do jejuno	6
	83
<i>Infeções:</i>	
Tuberculose	25
Ileite distal	12
Jejunite	1
Periviscerite	7
Mesenterite	1
	46
<i>Fistulas:</i>	
Cutâneas	59
Interna	1
Entero-renal	1
Onfalo-mesentérica	1
	62
<i>Úlceras:</i>	
Duodenais	3.206
Jejunais posoperatórias	65
	3.271
<i>Câncer:</i>	
Duodeno	10
Jejuno e íleo	23
Mesentério	10
	43
<i>Hérnias estranguladas:</i>	
Internas	3
De Richter	2
Inguinais e umbilicais	123
	128
<i>Outras afeções:</i>	
Invaginação	9
Estenose cicatricial	4
Ileo biliar	1
Torção do íleo	3
Enfarte do mesentério	6
	23
TOTAL	3.667

Passemos agora a encarar a patologia cirúrgica da porção terminal do intestino delgado. Devemos considerar em primeiro lugar o divertículo de Mekel que é uma formação bastante encontradicha e com a qual se depara freqüentemente o cirurgião ao fazer uma laparotomia. As vezes esse divertículo é a causa mesma dessa intervenção, em consequência de uma diverticulite, que pode acarretar obstrução intestinal ou que pode evoluir para a perfuração. No Sanatório São Lucas já houve a oportunidade de serem operados dois casos de diverticulite aguda, casos que se resolveram de maneira feliz com a ressecção. Os divertículos podem ser sede não somente de processos inflamatórios como também de processos tumorais e de litíase; podem, ainda, produzir fermentações danosas pela retenção de matéria alimentar e isso constitui, sem dúvida, um motivo justo para que o cirurgião faça uma ressecção desse divertículo mesmo que não o encontre no momento acometido de qualquer afecção. Assim, a ressecção de um divertículo, quando encontrado, deve ser a regra em cirurgia abdominal.

Outra afecção de que se tem falado muito ultimamente é a ileíte terminal ou ileíte regional, melhor chamada ileíte distal, que é uma inflamação inespecífica da última porção do íleo, que produz um estreitamento da sua luz e que exige a intervenção do cirurgião. A ressecção dessa porção distal do intestino é feita com certa freqüência mas em fases iniciais da moléstia de Crohn muitas vezes a conduta conservadora pode ser aceita.

A tuberculose intestinal forma granulomas que se apresentam no intestino delgado. Era uma moléstia relativamente freqüente. Hoje, com os recursos terapêuticos contra a tuberculose, tem rareado essa complicação intestinal da moléstia. Em geral a afecção tuberculosa do intestino pode ser secundária a uma lesão de tuberculose pulmonar, mas também pode ser consequência da ingestão de bacilos bovinos da tuberculose e, então, vamos encontrar no intestino delgado, geralmente no íleo, granulomas específicos que podem ser únicos ou podem ser múltiplos. Já tivemos a ocasião de fazer uma ressecção de 60 centímetros de intestino em consequência de granulomas tuberculosos, que davam suboclusão.

Na porção terminal do intestino delgado, é onde vamos encontrar com freqüência as afecções de origem tífica, podendo dar ao cirurgião a ocasião de verificar perfurações nas placas de Peyer, onde se assentam, preferentemente os bacilos de Eberth. A perfuração por febre tifóide também era uma complicação relativamente freqüente dessa moléstia; hoje está também desaparecendo dos registros cirúrgicos em virtude dos meios terapêuticos eficientes de que se lança mão contra a febre tifóide. A drenagem ampla da cavidade abdominal parece ser a conduta mais indicada, em virtude do intestino delgado estar acometido pela afecção, principalmente a última porção do delgado; novas perfurações podem ocorrer mesmo no decurso do período posoperatório, de sorte que a sutura simples da

porção perfurada nem sempre é uma solução completa. Precisamos, além disso, fazer uma drenagem do peritônio, mesmo que se venha a formar uma fístula estercoral por vêzes salvadora, pois que favorece a desintoxicação do organismo.

Outra afecção do íleo distal é a invaginação. A invaginação é uma ocorrência relativamente comum, principalmente na primeira infância, onde pela mobilidade e pela excitação grande do peristaltismo intestinal, a válvula de Bauhin pode permitir a invaginação do delgado dentro do ceco, invaginação essa que pode progredir e pode chegar até ao ânus. Cita-se em São Paulo o caso de um cirurgião, professor da Faculdade de Medicina, que fez uma apendicectomia por via anal, em consequência de uma invaginação intestinal. Na invaginação, se o paciente é operado logo nas primeiras horas, é possível ter-se conduta conservadora, promovendo a desinvaginação e fixação da alça invaginada. Entretanto, quando a invaginação é tardiamente operada, muitas vêzes o cirurgião terá que fazer a ressecção intestinal, dado o estado de necrose da alça comprometida. Nos casos agudos é uma intervenção bastante grave, com alta mortalidade.

Queríamos ainda referir outra afecção que não é tão encontrada, mas que pode se apresentar ao cirurgião: o íleos biliar, isto é: a obstrução do intestino delgado em consequência do encravamento de um cálculo biliar de certo volume. Isso se dá frequentemente na última porção do intestino porque sabemos que o calibre do intestino vai diminuindo à medida que vamos da parte cranial para a parte caudal, e, por isso, em geral, a invaginação que traduz o íleo biliar é encontrada na última porção do intestino. É uma condição de diagnóstico prévio difícil, mas pode ser feito quando encontramos desabitada uma vesícula sabidamente calculosa e quando ao exame radiológico podemos encontrar a imagem de cálculo dentro do intestino. Também pelo toque vaginal pode-se palpar um cálculo causador da obstrução. Tais achados permitem o diagnóstico. A conduta será a remoção do cálculo. Se ele está encravado, abre-se o intestino a montante da obstrução; o cálculo deve ser mobilizado para traz, fazendo a sua extração e sutura do delgado. Não se deve incisar o intestino sobre o cálculo, porque aí há comprometimento da circulação e a cicatrização do intestino se torna bastante difícil.

Diremos ainda algumas palavras sobre a obstrução do delgado nas hérnias. É essa talvez a condição mais encontrada da cirurgia com relação ao intestino móvel. Sabemos que o intestino pode herniar tanto por um orifício congênito, da cavidade abdominal, ou por orifícios patológicos formados em consequência de processos inflamatórios ou de operações cirúrgicas, aí produzindo uma hérnia interna, como também pode se insinuar em orifícios de hérnia inguinal, hérnia umbilical, de eventrações posoperatórias. Em tôdas essas localizações e em tôdas essas modalidades, podemos encontrar uma

alça encarcerada muitas vezes em grande sofrimento. Daí pode surgir dificuldade no estabelecer a conduta que deve seguir o cirurgião. Se uma hérnia estrangulada é operada logo nas primeiras horas, em geral se pode salvar o intestino. Devemo-nos lembrar entretanto, que na hérnia de Richter, mesmo que apenas haja um pequeno comprometimento de calota do delgado a intoxicação do organismo pode assumir em poucas horas um grau bastante elevado e então devemos ter um cuidado todo especial na avaliação da vitalidade da alça e no tratamento geral do paciente. Quando a operação não se faz nas primeiras horas e quando se encontra uma alça pequena ou grande bastante comprometida, então pode surgir a dúvida sobre a conveniência de uma atitude conservadora ou a necessidade de uma ressecção. Os sinais de alarma são a perda do brilho do revestimento peritonial, a ausência de movimentos peristálticos, a falta de pulsação ao nível do mesentério, a permanência da coloração arroxeada das paredes infiltradas do intestino. Cumpre ao cirurgião, antes de decidir-se pela ressecção, verificar se a circulação se estabelece e se os movimentos peristálticos reaparecem. Para isso há vários recursos aconselháveis. O uso de compressas de soro quente sobre a zona lesada às vezes é o suficiente. Certos medicamentos têm sido usados, desde a Fluoresceína por via venosa e a Eserina substituída pela menos tóxica Prostigmine injetada em vários pontos do mesentério comprometido até o plebeu sal de cozinha, o cloreto de sódio polvilhado sobre a alça afetada, este excitando o possível peristaltismo, aqueles demonstrando circulação ou favorecendo a recuperação da capacidade circulatória da porção lesada. Mas um recurso existe, e de fácil manejo, para a verificação do restabelecimento da circulação: a inalação de oxigênio, que fará desaparecer rapidamente a roxidão da alça caso esteja indene ou recuperável a sua circulação. Em certas circunstâncias não haverá dúvida sobre a necessidade de ressecar a parte lesada: quando se encontra perfuração ou gangrena da alça herniada.

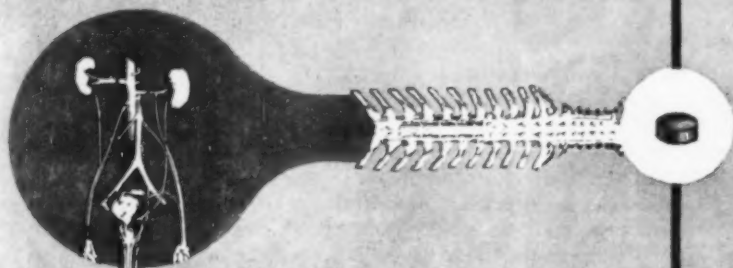
Passando de relance as ocorrências mais comuns da patologia cirúrgica do intestino delgado, outra coisa não visamos do que chamar atenção para a orientação prática que deve ter o cirurgião ao se defrontar com tais casos.

“A Cirurgia no Sanatório São Lucas”

2 volumes

Preço Cr\$ 700,00

*Efeitos imediatos -
manutenção de concentrações
prolongadas no sangue*



Lederkyn

Sulfametoxipiridazina

LEDERKYN é o mais importante aperfeiçoamento na sulfamidoterapia. É rápida e totalmente absorvida, atingindo com grande facilidade as barreiras orgânicas. Permanece mais tempo no sangue e é eliminado muito lentamente, através da urina. Por isso, é indicado

- ★ *principalmente nas infecções do trato urinário devidas a organismos sensíveis à sulfanilamida, tais como E. Coli, Aerobacter aerogenes, e em alguns casos do Proteus;*
- ★ *na profilaxia da febre reumática e bronquectásia;*
- ★ *no tratamento das infecções agudas, subagudas e crônicas, sensíveis à sulfonamida.*

LEDERKYN comprova também sua eficácia no tratamento de meningite meningocócica.

Divisão LEDERLE
CYANAMID QUÍMICA DO BRASIL S.A.

Rio de Janeiro - Av. Rio Branco, 131 - 21º
São Paulo - Rua Lavapés, 326



IA - 2565

Anestesia peridural continua

(Nuestra experiencia)

Dres. JUAN A. VIAGGIO⁽¹⁾ y SAMUEL ROZEMBLUM
(Buenos Aires — Argentina)

SALA 31.^a — HOSPITAL PIROVANO
Servicio del Prof. A. Wybert

En el año 1953 presentamos al segundo Congreso de la Sección Brasileira y Primero Panamericano del Colegio Internacional de Cirujanos nuestra experiencia en la anestesia peridural continua en la operación del cancer mamario. Hemos seguido usando anestesia en distintas intervenciones quirúrgicas hasta completar la suma de 464 casos sin haber-se registrado mortalidad.

La edad de los enfermos a quienes se les efectuó este tipo de anestesia oscilaba entre los 15 y 31 años.

Es de hacer notar que no todos ellos se encontraban en óptimas condiciones para ser intervenidas sino que presentaban otras lesiones ajenas a su enfermedad quirúrgica.

CUADRO N.º 1

Cardiopatía reumática	1
Cardiopatía por hipertensión	5
Insuficiencia Cardíaca	2
Angina de Pecho	1
Hipertensión Arterial	31
Asma Bronquial	7
Bronquiectasia	1

Seria largo enumerar todos los casos operados con esta anestesia; por ello en el cuadro siguiente trataré de resumir esquemáticamente los distintos tipos de operaciones efectuadas:

(1) Jefe de Clínica del Curso de Clínica Quirúrgica del Prof. A. Wybert Facultad de Ciencias Médicas de Bs. As.

CUADRO N.º 2

Operaciones sobre:

Pulmón	1
Esófago torácico	2
Estómago	15
Intestino	53
Tóracolaparatomía	2
Hígado Transabdominal	3
Vesícula y Vías biliares	136
Páncreas	5
Riñón	58
Suprarrenal	2
Organos genitales	92
Mama	33
Vascular periférico	2
Paredes Abdominales	60
Total	464

A continuación pasamos a describir la técnica:

La introducción de la aguja se efectúa por los espacios intervertebrales y se controla por la sensación táctil de resistencia que oponen los tejidos al ser perforados y que cesa al llegar al espacio peridural, comprobándose por medio del manómetro en 0; gota de líquido en el pabellón de la oreja que es aspirada; etc.

El instrumental utilizado comprende: aguja de Tohuy con punta de Huber N.º 16, aguja subcutánea 6/25, aguja intramuscular 8/50, jeringa de 5 o 10 cc., cateter ureteral n.º 3 o cateter plástico de polietileno de 80 cm. a 1m. de largo, con fresas, gasas, guantes estériles, alcohol yodado, novocaína al 0,5% e 1%, xilocaína al 2%.

Las vías de abordaje utilizadas son la región dorsal o lumbal por vía mediana a través del ligamento interespinoso o por vía paramediana a través de los músculos espinales y ligamento amarillo.

En cuanto a la elección del espacio intervertebral no somos estrictos; podemos alcanzar la altura requerida introduciendo el cateter, modificando la posición de la mesa de operaciones; etc.

La posición del paciente para efectuar la anestesia es sentado o en decúbito dorsal.

En cuanto al modo de operar en si se comienza 1) Antisepsia de la piel y campo aséptico 2) Habón dérmico 3) Anestesia de tejido subcutáneo y ligamentos 4) Introducción de la aguja de Tohuy con mandril controlando si se ha llegado al espacio peridural 5) Introducción del cateter hasta el segmento donde se quiera obtener mayor anestesia 6) Se retira la aguja de Tohuy dejando el cateter 7) Se fija el cateter con tela adhesiva y se conecta al mismo la aguja



Fig. 1 — *Habón dérmico y anestesia del tejido subcutáneo y ligamentos.*

6/25 8) Se coloca al paciente en decúbito dorsal 9) Inyección de 5cc. de xilocaína para probar la motividad de los miembros inferiores 10) Inyección de xilocaína 0,5%, 2% en dosis de 15 a 25 cc.

Donde primero aparezca la anestesia localizamos la altura en que se encuentra la punta del cateter llevándola al sitio deseado donde se inyecta la dosis necesaria.

La anestesia peridural continúa a veces se utiliza complementada con anestesia general en casos en que los pacientes desean estar dormidos durante la operación; en pacientes pulsánimes o nerviosos; como medio de supresión de reflejos neurovegetativos; anestesia peridural insuficiente o en cirugía torácica; en este último caso se precede de la siguiente manera:

1) Colocación del cateter. 2) Spray faringo-laríngeo con anéستico local. 3) Intubación traqueal. 4) Colocación del paciente en posición operatoria. 5) Inyección de la droga anestésica por el cateter. 6) Pentothal.

Incidentes: Como incidentes en la aplicación de la anestesia peridural podemos citar:

1) Inyección subaracnoidea del anestésico: se produce anestesia raquídea total con parálisis respiratoria vasomotora. Como tratamiento utilizamos ligero Trendelenburg, oxígeno endotraqueal, respiración artificial, vasoconstrictores, la-

vaje del espacio subaracnoideo para aspirar restos de droga que no se hubieran fijado al sistema nervioso.

- 2) Reacciones tóxicas generales frente a la droga anestésica empleada; puede ser síntomas nerviosos, circulatorios, o alérgicos. El tratamiento es sintomático.
- 3) Hipotensión arterial. Puede traer hipoxia. Se administran vasoconstrictores y oxígeno.
- 4) Náuseas y vómitos.
- 5) Paro respiratorio (parálisis intercostal, depresión centro respiratorio).
- 6) Paro cardíaco. Se produce hipotensión, depresión del centro vasomotor miocardio, hipoxia.
- 7) Atelectasia pulmonar (Ventilación pulmonar insuficiente).
- 8) Dolor en el sitio de punción (trauma de los ligamentos intervertebrales, disco, tejidos blandos y periostio, músculos, hemorragias producidas en estos tejidos).
- 9) Meningitis o irritación meníngea (meningitis aséptica). Son producidas por la acción irritante de la droga, cateter, hemorragia, punción dural accidental. De todos estos incidentes enumerados, en nuestra experiencia sólo hemos tenido un caso de paro respiratorio que solucionamos por medio de la intubación endotraqueal y aplicación de oxígeno durante mas de dos horas, en que



Fig. 2 — Introducción de la aguja de Tohuy.



Fig. 3 — Introducción del cateter hasta el segmento donde se quiere obtener mayor anestésica.

la enferma comenzó a respirar por sus propios medios, cuya causa fué la inyección subaracnoidea masiva, que tuvo como consecuencia el paro respiratorio y una gran hipotensión arterial.

Náuseas y vómitos se han presentado solamente en 69 casos.

Complicaciones técnicas:

- 1) Incidentes de punción (Punción de venas que produce hemorragias; de raíces nerviosas que acarrea neuritis, dolor, etc.).
- 2) Lesiones de la médula espinal y raíces nerviosas (por trauma, falta de asepsia, etc.).
- 3) Ruptura de agujas y catéteres.
- 4) Retención de orina.
- 5) Cefaleas. Estas dos últimas mucho menos frecuentes que en la raquianestesia.

En nuestra experiencia como complicación técnica sólo tuvimos punción de venas con pequeñas hemorragias en número de 23 y enfermos que padecieron de encefaleas en 46 casos.

CONCLUSIONES

Hemos efectuado la anestesia peridural continua en 464 pacientes afectados de diversas dolencias y en 48 casos a estas se le soman otras no quirúrgicas, pero que ponían en duda el éxito operatorio; sin embargo toleraron bien la intervención gracias a esta anestesia; salvo en un solo caso de un enfermo tuvimos un incidente que traje aparejado un paro respiratorio, pelo que pudo ser controlado sin perjuicio para la paciente. La técnica es sencilla y de fácil realización, por otra parte su amplitud de acción permite utilizarla en un número extenso de intervenciones, teniendo al mismo tiempo una amplia margen de seguridad, como lo demuestra el hecho de no registrarse mortalidad en nuestra estadística.

RESUMEN

En año 1953 presentamos al Segundo Congresso de la Sección Brasileira y Primero Panamericano del Colegio Internacional de Cirujanos, nuestra experiencia en la anestesia peridural continua para la operación del cancer mamario. Hemos seguido usando esta



Fig. 4 — Se retira la aguja de Tohy.

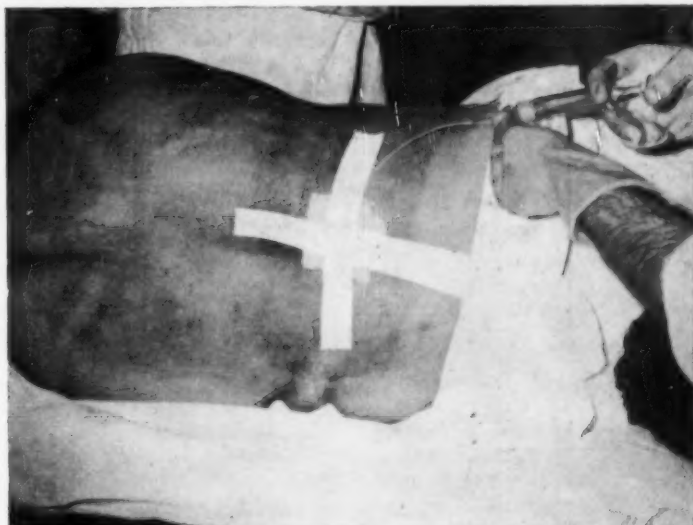


Fig. 5 — Fijación del cateter e inyección de la droga anestésica.

anestesia en distintas intervenciones quirúrgicas hasta completar la cantidad de 464 casos; ninguno mortal. — Se detalla la técnica usada, se presenta un cuadro sinóptico indicando la cantidad y el tipo de operaciones realizadas; las complicaciones, accidentes y ventajas de este tipo de anestesia.

S U M M A R Y

In the year 1953 we presented to the second Congress of the Brazilian Congress and First Panamerican Congress of the International College of Surgeons our experience regarding the peridural continous anesthesia for operating cancer of the breast. We have continued using this anesthetic in various operations up to a total of 464 cases without suffering any losses. — The technique employed is detailsed, abbreviated report describing the number and class of operations performed is presented, and also the complications, accidents and benefits of the class of anesthetic.

EXCERPTA MÉDICA

Revista internacional de resumos dos últimos trabalhos publicados na literatura médica mundial.



Publica mensalmente um volume de cada uma das seguintes especialidades:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| I - Anatomia, Embriologia e Histologia. | VIII - Neurologia e Psiquiatria. |
| II - Fisiologia, Bioquímica e Farmacologia. | IX - Cirurgia. |
| III - Endocrinologia. | X - Obstetrícia e Ginecologia. |
| IV - Microbiologia e Higiene. | XI - Oto-rino-laringologia. |
| V - Patologia Geral e Anatomia Patológica. | XII - Oftalmologia. |
| VI - Medicina Geral. | XIII - Dermatologia e Venereologia. |
| VII - Pediatria. | XIV - Radiologia. |
| | XV - Tuberculose. |



Pedidos de assinaturas para:

111, KALVERSTAAT - AMSTERDAM C. - HOLANDA

NOROCOLINA

Vaso-dilatador coronariano e diurético

FÓRMULA:

Cada drácea contém 100 mg de teofilinato de colina.

INDICAÇÕES TERAPEÚTICAS:

- 1) Asma brônquica.
- 2) Como dilatador das coronárias, na angina pectoris e enfarte do miocárdio.
- 3) Na insuficiência cardíaca congestiva, como diurético, seja sozinho ou associado aos mercuriais, cujo efeito diurético reforça e potencia.

MODO DE USAR:

1 a 3 ou mesmo 4 drágeas, 4 vezes ao dia.



LABORATÓRIO TERÁPICA PAULISTA S/A.

Rua Fernão Dias, 82 - Fone 80-0684 - Caixa Postal, 487

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS DE ANÚNCIOS

	Crt
Capa externa (12 x 19 cm) por vez	7.000,00
Capa interna (12 x 19 cm) por vez	6.500,00
1 página (12 x 19 cm) por vez	6.000,00
1/2 página (9 x 12 cm) por vez	3.500,00
1/4 página (9 x 5,5 cm) por vez	2.500,00
Encarte por vez	4.000,00

LIO PREFISOL

EXTRATO DA HIPÓFISE ANTERIOR LIOFILIZADO

Contém os hormônios elaborados pelo lobo anterior da glândula hipofisária bovina em forma liofilizada.

- * Desenvolvimento somático retardado
- * Distrofia adiposo-genital
- * Hipogonadismo masculino da idade pré-puberal
- * Magreza hipofisária
- * Pan-hipopituitarismo
- * Caquexia hipofisária

APRESENTAÇÃO: Frasco-ampôla com 60 U.P.



OPOTERÁPICA NESPA S/A.

Rua França Pinho, 616/628 — Tel. 7-0002/7-1804

SÃO PAULO, BRASIL

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRÁULIO GOMES, 25 - 4.º Andar - TELEFONES 4-7744 e 8-5445

Se em 1941, a "equipe de Oxford"...

tivesse produzido uma penicilina ativa por via oral, reservar-se-ia o uso de penicilina por via parenteral aos mesmos casos raros das tetraciclina injetáveis...

A administração de penicilina por via oral é mais prática, mais cômoda e não oferece os perigos das injeções de penicilina particularmente os da penicilina procaina...

Mas, administrada por via oral, a penicilina precisa resistir à acidez gástrica e à penicilinase intestinal. Em suma, a penicilina deve alcançar níveis sanguíneos elevados e prolongados. Estes requisitos são encontrados no

STEGCILIN,

que resolveu, enfim, o problema da penicilinoterapia oral.

Amostras e Literaturas

LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 777 — São Paulo,
Fone: 31-3971

São Paulo Editora S. A. imprime

